

COMMUNAUTÉ
EUROPÉENNE
DE L'ÉNERGIE
ATOMIQUE

PARLEMENT EUROPÉEN

DOCUMENTS DE SÉANCE

1966 - 1967

COMMUNAUTÉ
EUROPÉENNE
DU CHARBON
ET DE L'ACIER

20 JUIN 1966

DOCUMENT 73

COMMUNAUTÉ
ÉCONOMIQUE
EUROPÉENNE

Rapport

fait au nom de la commission de la protection sanitaire

sur la médecine du travail dans l'entreprise
dans le cadre des trois Communautés

Rapporteur : M. Jean Bernasconi

Lors de sa réunion du 15 février 1966, la commission de la protection sanitaire a examiné de manière approfondie le premier rapport de la Commission de la C.E.E. après l'envoi en 1962 aux gouvernements de la recommandation de la Commission relative à la médecine du travail dans l'entreprise (Doc. C.E.E. V/375/2/65).

La commission a décidé lors de cette réunion d'élaborer un rapport sur la médecine du travail dans l'entreprise dans le cadre des trois Communautés.

M. Jean Bernasconi a été désigné comme rapporteur au cours de cette même réunion.

Lors de sa réunion du 11 mars 1966, le bureau du Parlement a, conformément à l'article 38 du règlement, autorisé la commission à présenter ce rapport au Parlement européen.

Le présent rapport a été examiné et adopté à l'unanimité par la commission de la protection sanitaire lors de sa réunion du 27 mai 1966.

Etaient présents : MM. Dittrich, président ; MM. Bergmann et Bousch, vice-présidents ; Bernasconi, rapporteur ; Angioy, Berkhouver, Mme Gennai Tonietti ; MM. Hansen, Lenz, Pêtre, van der Ploeg, Santero, Spendale et Troclet.

Sommaire

I. Introduction	2	V. Les mesures des Etats membres	12
II. Les éléments de base	3	1. Généralités	12
1. Mesures prises par l'Organisation internationale du travail	3	2. L'état actuel de la législation	13
2. Les bases dans les traités	4	3. Les services de médecine du travail	15
3. Initiatives prises par le Parlement européen avant la recommandation de la Commission de la C.E.E.	5	a) Comparaison entre les domaines de compétence des trois Communautés	15
III. Les mesures prises par les Communautés européennes	6	b) France	17
1. Les suggestions de la Commission de la C.E.E.	6	c) Italie	17
2. L'avis formulé par le Parlement européen sur ces suggestions	7	d) Luxembourg	18
3. Les mesures des deux autres exécutifs	9	e) Allemagne	18
IV. Les Congrès organisés par la Commission de la C.E.E.	9	f) Belgique	18
1. Généralités	9	g) Pays-Bas	19
2. Les résultats des réunions des chefs des services nationaux de médecine et d'hygiène du travail	10	h) Le problème des services interentreprises	20
3. Les résultats du colloque sur la médecine du travail	11	4. Formation et perfectionnement des médecins du travail	20
		5. La garantie de l'indépendance des médecins du travail	21
		6. Les médecins-inspecteurs du travail	23
		VI. Conclusions	23
		1. Le type de lois qui s'imposent	23
		2. L'attitude des exécutifs à l'égard de la fusion	24
		3. Autres tâches du Parlement européen	25
		Proposition de résolution	25
		Annexe au paragraphe 92	26

Monsieur le Président,

I — Introduction

1. La médecine du travail dans l'entreprise a pour tâche de concilier les nécessités de la production et de la distribution des biens et des prestations de service avec les droits du travailleur, afin de préserver sa santé dans l'exercice de sa profession.

Elle est d'autant plus nécessaire que la technique intervient davantage dans la vie économique ; elle le fait

— directement, en raison du caractère de plus en plus technique des processus de travail,

— indirectement, par le rythme que le caractère de plus en plus technique impose à d'autres processus de travail qui ne sont pas liés directement à la technique.

2. Mais les Etats industrialisés, avec leur division du travail très poussée ont besoin de la médecine du travail pour un autre motif encore.

La médecine du travail (et par là la médecine du travail dans l'entreprise, qui en fait partie) visant surtout au maintien de la bonne santé physique et mentale de l'être humain dans son travail ⁽¹⁾, sa vocation est essentiellement préventive. Son rôle dans l'entreprise ainsi que dans l'ensemble de l'économie est de prévenir l'invalidité prématurée du travailleur. Posséder un service efficace de médecine du travail est particulièrement indiqué pour les entreprises dans lesquelles l'affectation à un emploi et la formation au sein de l'entreprise à l'activité exigée coûtent beaucoup de temps et d'argent. La médecine du travail empêche donc de fortes fluctuations involontaires de personnel.

3. Mais cette idée n'est malheureusement pas encore admise d'une façon générale dans les entreprises, bien qu'elle contribue à abaisser les coûts. On ne peut expliquer autrement le fait que beaucoup d'entreprises n'aient pas encore accordé à un service de médecine du travail bien organisé la place qui lui revient, ne serait-ce que pour des considérations de coûts. En revanche, tous les représentants des gouvernements et des travailleurs ont adopté la recommandation 112 de la Conférence internationale du travail ⁽²⁾ qui constituent le point de départ des mesures de la Commission.

Dans le domaine des radiations ionisantes, la recommandation n° 114 et la convention n° 115 de l'O.I.T., toutes deux du 23 juin 1960, ont une importance décisive.

II — Les éléments de base

1. Les mesures prises par l'Organisation internationale du travail

4. La recommandation 112 de l'O.I.T. stipule que les services de médecine du travail dans l'entreprise doivent être organisés soit en tant que services propres à une seule entreprise, soit comme services communs à plusieurs entreprises. Par ailleurs elle dresse la liste des entreprises pour lesquelles ces mesures semblent le plus urgentes.

Le rapport précité de M. Mariotte contient un résumé des 25 articles de cette recommandation ⁽³⁾.

5. De l'avis de certains, le service de médecine du travail est un organe de contrôle de l'entreprise, qui doit veiller à éviter les tromperies et doit veiller au rétablissement des personnes travaillant dans l'entreprise. Toutefois ce point de vue ne s'appuie sur aucune des stipulations de la recommandation 112. Dans son avis sur la recommandation de la Commission relative à la médecine du travail dans les entreprises, le Parlement européen s'est rallié à cette conception de l'O.I.T. ⁽¹⁾.

6. Dans la définition donnée par l'O.I.T. le service de médecine du travail dans l'entreprise est destiné à assurer la protection des travailleurs contre toute atteinte à la santé pouvant résulter de leur travail ou des conditions dans lesquelles celui-ci s'effectue,

- et notamment à contribuer à l'adaptation physique et mentale des travailleurs, notamment par l'adaptation du travail aux travailleurs et par l'affectation des travailleurs à des travaux auxquels ils sont aptes, et
- à contribuer à l'établissement et au maintien du plus haut degré possible de bien-être physique et mental des travailleurs ⁽²⁾.

7. Le rôle des services de médecine du travail devrait être essentiellement préventif ⁽³⁾ et ils ne devraient pas être chargés de vérifier le bien-fondé des absences pour maladies. Le médecin du travail doit s'informer des circonstances qui peuvent être à l'origine d'une absence pour maladie et de l'évolution des maladies des travailleurs afin de prévenir de futures maladies ⁽⁴⁾.

En conséquence les médecins du travail devraient jouir d'une indépendance technique et morale complète à l'égard de l'employeur et des travailleurs. En vue d'assurer cette indépendance les médecins du travail devraient être dotés, par la législation nationale ou par accord passé entre les parties ou organisations intéressées, d'un statut concernant notamment leurs conditions d'engagement et de licenciement ⁽⁵⁾.

8. Toute législation ou tout accord qui considère le médecin du travail comme organe de contrôle de l'entreprise est en contradiction manifeste avec la recommandation 112, ainsi qu'avec la recommandation de la Commission de la C.E.E. qui suppose le respect de la recommandation 112 de l'O.I.T.

9. Le contrôle de ce qu'on appelle les « vacances-maladie » relève de la compétence des médecins de confiance des organismes d'assurances. Toutefois le médecin du travail doit absolument

⁽¹⁾ Définition reprise de : P. Mariotte, Rapport portant avis du Parlement européen sur le projet de recommandation de la Commission de la CEE aux gouvernements des Etats membre relative à la médecine du travail dans les entreprises, doc. 16 du 7 avril 1962, paragraphe 4.

⁽²⁾ Conférence internationale du travail, 43^e session, 1959, 28^e conférence : recommandation concernant les services de médecine du travail dans l'entreprise, pages 801 à 809.

⁽³⁾ Rapport Mariotte précité, paragraphes 16 à 20.

⁽¹⁾ Rapport Mariotte précité, paragraphes 15 à 18.

⁽²⁾ Recommandation n° 112 de l'O.I.T., paragraphe 1.

⁽³⁾ idem, paragraphe 6.

⁽⁴⁾ idem, paragraphe 7.

⁽⁵⁾ idem, paragraphe 15.

veiller en permanence à ce que le travailleur de l'entreprise ou le candidat à un emploi remplisse, sur le plan physique, les conditions requises pour le travail à exécuter. A cet effet, il procède à des examens d'embauchage et à des examens périodiques.

10. Lors de la discussion, article par article, de la recommandation 112 de l'O.I.T., les représentants des employeurs n'étaient pas d'accord pour que les exploitations agricoles soient incluses dans la liste des entreprises retenues pour les services de médecine du travail. Ils ont en outre regretté que le projet laisse aux différentes législations nationales le soin d'exempter de l'obligation d'installer des services de médecine du travail et a donc recommandé comme procédure le régime légal de l'assistance médicale à l'instar des conventions collectives entre les partenaires sociaux⁽¹⁾. La grande majorité des représentants des employeurs, et parmi eux tous ceux des Etats membres de la C.E.E., ont voté contre le texte proposé pour les articles 4 et 5 qui ont toutefois été adoptés à une forte majorité⁽²⁾. Ainsi on a estimé que les exploitations agricoles devaient être dotées de services de médecine du travail et il a été admis que les règles relatives à l'organisation des services de la médecine du travail devaient également être arrêtées par le législateur.

11. La recommandation 112 ne contient que les exigences minimales requises des Etats membres de l'O.I.T. Elle laisse à chaque Etat membre le soin de choisir le régime légal ou l'accord entre les parties intéressées.

12. De même, les mesures de plus grande portée, déjà mentionnées, qui ont été arrêtées par l'O.I.T. dans le domaine de la protection contre les radiations ionisantes comportent des dispositions importantes pour la médecine du travail.

Certes, la Convention n° 115 du 23 juin 1960 prévoit seulement en son article 12 que tous les travailleurs directement affectés à des travaux sous radiations doivent subir un examen médical approprié avant ou peu de temps après l'affectation à de dits travaux et subir ultérieurement des examens médicaux à intervalles appropriés. Et aux termes de l'article 14 aucun travailleur ne doit être affecté ou continuer à être affecté à un travail susceptible de l'exposer à des radiations ionisantes contrairement à un avis médical autorisé. Certes, il n'est pas question de services de médecine du travail. Mais cette disposition peut servir de point de départ pour ceux-ci.

13. Cela apparaît encore plus nettement si l'on se réfère aux paragraphes correspondants de la

recommandation n° 114, également du 23 juin 1960. Normalement une recommandation trace un cadre plus vaste qu'une Convention, mais il convient de considérer ces deux documents comme un tout. Tout le chapitre VI de la recommandation est consacré à la question des examens médicaux dans l'industrie nucléaire. Naturellement dans le domaine qui nous occupe seules nous intéressent les questions qui ont trait à l'installation et au fonctionnement des services de médecine d'entreprise dans les lieux de travail.

14. Le paragraphe 20 recommande que tous les examens médicaux prévus par la convention soient « effectués par un médecin dûment qualifié ». Cela signifie incontestablement qu'il doit s'agir de médecins spécialistes en médecine des radiations. Mais le concept de qualification devrait être interprété en faveur de la médecine du travail, c'est-à-dire en faveur de la nécessité de recourir à un médecin du travail. Dans le présent chapitre de notre rapport, on peut laisser en suspens la question de savoir s'il devrait s'agir d'un médecin du travail exerçant la médecine du travail à titre principal ou à titre accessoire, ou s'il devrait s'agir d'un service de médecine du travail commun à plusieurs entreprises. Notre opinion se trouve renforcée par ce qui est dit au paragraphe 23 de la recommandation, dans lequel l'Organisation internationale du travail déclare que les médecins procédant à de tels examens médicaux devraient pouvoir prendre connaissance des conditions de travail des travailleurs intéressés. Pour ce faire, il ne suffit pas que les médecins aient vu une fois le lieu de travail ; compte tenu des mouvements de main-d'œuvre, de l'utilisation de nouvelles machines, de la transformation des installations, bref de la tendance constante aux mutations, qui se dessine dans toutes nos unités de production, seule la visite périodique des lieux de travail dans l'entreprise permet de connaître les conditions de travail. La visite des entreprises est un moyen tellement essentiel de l'activité des médecins d'entreprise que les dispositions du paragraphe 23 ne peuvent à la longue être appliquées sans la création de services de médecine d'entreprise.

La Commission de la C.E.E., en revanche, part du principe que les Etats membres de la C.E.E., qui sont tous membres de l'O.I.T., font partie des pays ayant le degré de développement économique et social le plus élevé. C'est la raison pour laquelle, dans sa recommandation, elle s'est prononcée nettement en faveur du régime légal excluant tout accord conventionnel.

2. Les bases dans les traités

15. Dans l'exposé des motifs de sa recommandation, la Commission se réfère aux articles 117, 118 et 57 du traité de la C.E.E. M. Mariotte,

(1) Compte rendu de séance de l'O.I.T. ; 28^e conférence de la 43^e session, 1959 — Exposé du représentant britannique des employeurs, M. Ross ; page 479.
(2) idem, pages 488 à 492.

dans son rapport sur cette recommandation, l'approuve ⁽¹⁾.

Les dispositions du traité de la C.E.E., ainsi que les mesures qui en découlent s'appliquent en principe à tous les secteurs de l'économie. Ainsi les effets de la recommandation sur l'implantation de services de médecine du travail s'étendent à l'industrie sidérurgique et charbonnière ainsi qu'aux activités comportant un risque nucléaire. Mais dans la mesure où elles permettent plus aisément d'atteindre ce but, ce sont les dispositions des traités de la C.E.C.A. ou d'Euratom qui s'appliquent.

16. L'article 46, paragraphe 5, du traité de la C.E.C.A. fait obligation à la Haute Autorité de rassembler les informations nécessaires à l'appréciation des possibilités de relèvement des conditions de vie et de travail de la main-d'œuvre des industries dont elle a la charge et des risques qui menacent ces conditions de vie.

La santé fait, elle aussi, incontestablement partie de ces conditions de vie. La Haute Autorité est donc tenue de veiller à la santé des travailleurs qui relèvent de sa compétence. Les services de médecine du travail, lorsqu'ils fonctionnent bien, se sont révélés être un moyen excellent d'y parvenir.

17. De même l'article 55 — appelé « article sur la sécurité du travail » — peut être interprété dans ce sens. L'utilisation d'un matériel sûr et le respect des règles de sécurité ne suffisent pas à garantir cette sécurité. Les défaillances humaines ainsi que l'emploi de travailleurs inaptes la compromettent. Le médecin du travail peut se rendre compte, en procédant à des visites d'embauche et à des visites périodiques du travailleur, si la santé de l'intéressé lui permet d'exécuter tel ou tel travail ou si au contraire il risque éventuellement de s'exposer lui-même ou d'exposer d'autres personnes à des dangers.

18. En ce qui concerne la Communauté européenne de l'énergie atomique, il résulte de la nature même des matières et des produits traités que la protection sanitaire en tant que telle doit constituer une partie importante du traité. Tout le troisième chapitre de la deuxième partie est consacré à ce sujet. L'article 30, lettre c, prescrit déjà l'institution de normes de base relatives aux principes fondamentaux de la protection sanitaire des travailleurs. Toutefois cette protection ne peut être assurée que par des services de médecine du travail.

En vertu de l'article 33, les Etats membres arrêtent les dispositions législatives, réglementaires et administratives propres à assurer le respect des normes de base. En ce qui concerne

la médecine du travail, ils peuvent prendre des dispositions d'application plus précises pour les activités nucléaires. La directive de la Commission d'Euratom en date du 2 février 1959 a arrêté les normes de base relatives à la protection sanitaire.

19. L'obligation faite par l'article 35 à chaque Etat membre d'établir les installations nécessaires pour effectuer le contrôle permanent du respect des normes de base signifie que le contrôle des services médicaux des entreprises comportant un risque nucléaire doit s'effectuer par l'intermédiaire des médecins-inspecteurs du travail.

Il ressort de l'article 36 du traité d'Euratom que les Etats membres doivent tenir la Commission régulièrement informée des mesures d'ordre médical prises en ce domaine.

20. La Commission d'Euratom est tenue d'établir une section de documentation et d'études des questions de protection sanitaire (article 39). Cette section existe. Elle est appelée à jouer un rôle important après la fusion des services des trois Communautés qui s'occupent des questions de médecine du travail.

3. Initiatives prises par le Parlement européen avant la recommandation de la Commission de la C.E.E.

21. Si auparavant le Parlement s'était limité à la médecine du travail dans le cadre de la C.E.C.A., il a abordé pour la première fois, avec le rapport de M. Bertrand « sur les problèmes de sécurité, d'hygiène du travail et de protection sanitaire dans le cadre de la Communauté économique européenne et d'Euratom » ⁽¹⁾ l'étude de ces problèmes dans le cadre des deux autres Communautés. Le point de départ a été constitué par les paragraphes 189 et 190 du deuxième Rapport général de la C.E.E., les paragraphes 112 à 119 de l'exposé sur la situation sociale joint à ce deuxième rapport et les paragraphes 80 à 94 du deuxième Rapport général de la C.E.E.A.

22. Lors de la discussion du projet de rapport au sein de la commission de la protection sanitaire, la Commission de la C.E.E. a fait savoir qu'elle entendait centrer son activité, en ce qui concerne le domaine relevant de la commission de la protection sanitaire, sur quatre domaines, dont l'un était la médecine du travail ⁽²⁾.

D'après les déclarations de la Commission de la C.E.E., la commission de la protection sanitaire pensa que l'activité en ce domaine serait centrée essentiellement sur les problèmes des

⁽¹⁾ P. Mariotte précité, paragraphes 10 et 23.

⁽²⁾ Doc. 49, septembre 1959.

⁽²⁾ Rapport A. Bertrand, doc. 49, 1959-1960, paragraphe 6.

maladies professionnelles. A l'époque, elle avait constaté :

- a) Le manque de données concernant les conditions générales d'hygiène qui revêtent une grande importance sur le plan de la prévention. Elle demanda alors qu'on dressât la liste des besoins en la matière ainsi que des résultats obtenus ;
- b) Les renseignements incomplets fournis par l'exposé sur l'évolution de la situation sociale dans lequel tous les Etats membres n'étaient pas pris en considération ;
- c) Le manque de personnel qualifié des services de la Commission compétents en matière sociale de sorte que la C.E.E. était dans l'impossibilité de remplir efficacement les tâches qui lui incombent de par le traité ⁽¹⁾.

Au cours des six dernières années, ce manque de personnel a persisté dans le domaine de la médecine du travail.

23. Conformément aux dispositions des articles 30 et 31 du traité d'Euratom, la Commission d'Euratom a élaboré dans les délais impartis des normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des radiations ionisantes, normes de base qui ont été ensuite arrêtées par le Conseil, après consultation du Parlement ⁽²⁾ et publiées.

Ces normes de base réglementent le système de surveillance médicale des employés qui doivent être protégés contre les radiations ; la surveillance médicale est donc obligatoire dans toutes les entreprises qui produisent, transforment ou manipulent des matières de cette nature. Ainsi se trouve stimulée l'organisation de services de médecine du travail.

24. Un autre rapport de M. Bertrand « sur les aspects humains et médicaux des recherches entreprises dans les pays de la Communauté en ce qui concerne la sécurité et l'hygiène du travail » ⁽³⁾ s'est fondé sur les résultats d'un voyage d'études comportant la visite d'instituts de recherches spécialisés en matière de sécurité et d'hygiène du travail. Il s'agissait ici de la formation de médecins du travail et le rapport examine tout spécialement les problèmes se posant dans le secteur C.E.C.A. Mais ces conclusions sont également importantes pour l'activité de la C.E.E. et d'Euratom.

25. La délégation est arrivée notamment aux conclusions suivantes :

- a) La médecine industrielle est destinée à assurer la sécurité des travailleurs, à sauve-

garder leur santé physique et psychique et à orienter la main-d'œuvre. Elle nécessite une recherche scientifique organisée à l'échelle européenne ⁽¹⁾ ;

- b) L'enseignement de la médecine du travail ainsi que l'organisation et la législation de la médecine du travail présente dans les six pays de la Communauté des différences importantes ; les six pays de la Communauté devraient arriver à rendre similaire, dans la mesure du possible, leur politique médico-industrielle qui dépend des différents ministères nationaux ⁽²⁾ ;
- c) Il est souhaitable de créer dans les Etats membres d'importants instituts régionaux de médecine industrielle auprès des universités. Ils devraient collaborer avec les industries régionales, les organismes de sécurité sociale et de prévention, les médecins du travail, les ingénieurs et les inspecteurs du travail et les représentants des partenaires sociaux ⁽³⁾.

26. Si, dans le rapport précité, l'expression « médecine industrielle » est très souvent utilisée à la place de « médecine du travail », il ne faut pas en conclure que seuls ceux qui travaillent dans l'industrie ont besoin des services de la médecine du travail. La médecine du travail était alors essentiellement la médecine industrielle ; mais on n'entendait pas porter ainsi atteinte à l'exigence formulée au paragraphe 4 de la recommandation 112 de l'O.I.T. Cette partie de la recommandation stipulait en effet que des services de médecine du travail devaient être créés dans les entreprises industrielles ou non, dans les exploitations agricoles ainsi que dans les services publics, c'est-à-dire dans l'ensemble de l'économie.

III — Les mesures prises par les Communautés européennes

1. Les propositions de la Commission de la C.E.E.

27. La Commission de la C.E.E. s'est bien rendu compte que ce qui faisait obstacle à la réalisation des objectifs fixés au paragraphe 4 de la recommandation 112 de l'O.I.T., c'était :

- la pénurie de médecins du travail,
- le manque d'indépendance technique et morale des médecins d'entreprise,
- l'existence uniquement sporadique des services de médecine du travail.

28. La Commission s'est rendu compte que des mesures législatives ne pouvaient pas modifier

⁽¹⁾ Rapport A. Bertrand, doc. 49, 1959-1960, paragraphe 10, alinéas 3, 12, 18.

⁽²⁾ Rapport A. Bertrand, doc. 52, 1958 et Journal officiel n° 11 du 20 février 1958, page 221 et suivantes.

⁽³⁾ Doc. 29 du 10 juin 1960.

⁽¹⁾ Rapport A. Bertrand, doc. 29, 1960-1961, paragraphe 42.

⁽²⁾ idem, paragraphe 45.

⁽³⁾ idem, paragraphe 46.

cette situation d'un jour à l'autre et qu'il était donc préférable de procéder par étapes.

C'est pourquoi elle a déclaré dans l'exposé des motifs de recommandation :

« Les délais et les étapes nécessaires à la mise en œuvre des services de médecine du travail n'ont été indiqués que dans leurs principes et n'ont pas été précisés, car les conditions de réalisation varient suivant les pays, notamment en fonction du nombre de médecins spécialisés disponibles ; le nombre de ces médecins dépendra de l'orientation des étudiants en médecine vers les possibilités nouvelles qui leur sont offertes par l'établissement de ces services sur la base d'un statut légal » ⁽¹⁾.

29. Les Etats membres ne devraient donc pas introduire du jour au lendemain des dispositions rigides qui resteraient lettre morte en raison du manque de possibilités de réalisations. Il serait préférable d'atteindre ce but progressivement, avec d'autant plus d'efficacité, en prenant les dispositions législatives, réglementaires et administratives appropriées ou en complétant les dispositions existantes, certaines mesures d'application pouvant être réglées par conventions collectives ⁽²⁾.

30. La Commission de la C.E.E. a ainsi adopté la conception selon laquelle il faut tendre vers ces objectifs qui sont à réaliser par étapes en suivant la voie législative et non celle des accords conventionnels. Le Parlement européen partage cet avis. Par contre des accords conventionnels peuvent remplacer partiellement les dispositions d'application.

La Commission considère donc la loi-cadre à effets échelonnés dans le temps comme l'instrument le mieux approprié.

31. C'est pourquoi la Commission de la C.E.E. a proposé aux Etats membres :

- a) De favoriser l'enseignement de la médecine du travail, la formation de médecins spécialisés ainsi que le perfectionnement des médecins du travail ⁽³⁾ ;
- b) D'assurer l'indépendance technique et morale complète des médecins du travail à l'égard de l'employeur et des travailleurs ainsi que des organismes d'assurance sociale ; les services de médecine du travail et les médecins sont contrôlés uniquement par des médecins-inspecteurs du travail ou par d'autres médecins désignés à cet effet ; les médecins du travail ne doivent pas être chargés de vérifier le bien-fondé de l'absence pour maladie ⁽⁴⁾ ;

- c) L'organisation des services de médecine du travail doit être assurée à la charge des entreprises ; elle se fera par étapes, en commençant par certains types d'entreprises ⁽¹⁾.

32. Enfin, la Commission souhaite être informée tous les deux ans, par chacun des Etats membres, des mesures prises à la suite de cette recommandation et de l'évolution en matière de médecine du travail ⁽²⁾.

Cette information périodique de la Commission a eu lieu depuis lors pour la première fois, bien qu'avec un certain retard ; elle fait l'objet du rapport de la Commission de la C.E.E. sur les services de médecine du travail dans les entreprises des Etats membres.

2. L'avis du Parlement européen en la matière

33. Le Parlement européen a soutenu la conception de la Commission de la C.E.E. selon laquelle un système établi sur une base législative présente plusieurs avantages par rapport à un système basé sur des accords conventionnels. A l'appui de cette thèse il a avancé que, dans ce cas, les travailleurs sont protégés par des garanties juridiques et les employeurs sont liés à des normes précises. Toutefois, un système basé sur des accords conventionnels pourrait également être rendu obligatoire au moyen de dispositions législatives appropriées ⁽³⁾.

34. En ce qui concerne la demande de la Commission de la C.E.E. relative au perfectionnement de l'enseignement de la médecine du travail, le Parlement européen a proposé, en complément, que des instituts *régionaux* soient créés pour la médecine du travail et l'hygiène industrielle dans les pays de la Communauté, conformément au désir exprimé dans la résolution du Parlement européen en date du 1^{er} juillet 1960 ⁽⁴⁾. Cette proposition a été reprise dans la recommandation de la Commission de la C.E.E. au paragraphe 16 a, alinéa 3.

35. Le Parlement européen a insisté expressément sur la nécessité d'assurer l'indépendance complète des médecins du travail dans l'exercice de leur tâche. Toutefois, le médecin du travail peut être consulté pour avis par l'organisme d'assurances lorsque ce dernier veut juger l'état de santé des travailleurs ⁽⁵⁾.

Le rapporteur, M. Mariotte, a attiré également l'attention sur le fait qu'il était important que le médecin de l'entreprise se maintienne en liaison étroite avec le médecin de confiance du travailleur pour réaliser le principe de l'adaptation du travail aux travailleurs et de l'affectation

⁽¹⁾ J.O. du 31 août 1962, page 2.184, paragraphe 17, troisième alinéa.

⁽²⁾ J.O. 31 août 1962, page 2.185, paragraphe 21.

⁽³⁾ idem, page 2.185, paragraphe 22.

⁽⁴⁾ idem, page 2.185, paragraphe 23.

⁽¹⁾ J.O. 31 août 1962, page 2.185, paragraphe 24.

⁽²⁾ J.O. précité, page 2.185, paragraphe, 25.

⁽³⁾ Rapport P. Mariotte (doc. 16, 1964-1965), paragraphe 37.

⁽⁴⁾ J.O. du 26 mai 1962, page 1.263, paragraphe 7.A, b.

⁽⁵⁾ ibid. paragraphe 7, B, a.

des travailleurs à des travaux auxquels ils sont aptes ⁽¹⁾.

Pour éviter toute erreur, rappelons que le médecin de confiance du travailleur n'est pas le même que le médecin de confiance de l'organisme d'assurances.

36. Enfin, la résolution du Parlement a souligné la nécessité du contrôle des médecins du travail par les médecins-inspecteurs du travail. C'est ce que prévoit d'ailleurs également la recommandation ; il conviendrait toutefois d'insister sur l'exposé des motifs du rapport : « ... qu'il n'est pas (le médecin du travail) le seul juge des possibilités d'embauchage des travailleurs » ⁽²⁾.

37. Malheureusement, cet exposé ne fait pas partie du texte de la recommandation. Il figure dans le rapport du Parlement mais n'est pas partie intégrante de la résolution. Toutefois il contribue énormément à appuyer l'indépendance du médecin du travail lorsqu'il doit décider de l'embauchage d'un travailleur en se basant sur des considérations purement objectives. Par ailleurs, il donne au médecin-inspecteur du travail non seulement le droit mais lui impose l'obligation d'exercer un contrôle. Ce contrôle est effectué aussi dans l'intérêt du médecin du travail, car il renforce son indépendance à l'égard des employeurs, des travailleurs et des organismes d'assurances.

C'est pour ce motif que la Commission de la C.E.E. devrait se tenir constamment au courant de l'activité des médecins-inspecteurs du travail en ce qui concerne le contrôle des services de médecine du travail.

38. Les désirs suivants formulés par le Parlement européen ont été en outre repris dans la recommandation :

En ce qui concerne les médecins du travail, il faut créer les conditions estimées indispensables à leur activité sur la base de la recommandation n° 112 de l'O.I.T. ⁽³⁾ ;

Des services de médecine du travail doivent être constitués auprès des entreprises dont l'effectif est de 200 travailleurs ; par la suite, ce chiffre devrait être ramené à 50 ⁽⁴⁾.

39. Mais alors que dans la résolution il était dit que ces services devaient être dirigés *exclusivement* par des médecins exerçant la médecine du travail à temps plein, la recommandation s'est bornée à faire remarquer que cette direction *doit être assurée dans tous les cas où cela est*

possible par des médecins exerçant la médecine du travail à temps plein ⁽¹⁾.

Pour le reste, le Parlement européen a donné un avis favorable sur le projet de recommandation proposé.

40. Trois ans plus tard, la Commission de la C.E.E. a présenté au Parlement européen un projet de recommandation (doc. 149, 1964-1965) sur le contrôle médical des travailleurs exposés à des risques particuliers. Le rapporteur M. Fohrmann a constaté à ce sujet :

« Une grande partie des mesures préconisées par la présente recommandation ne peuvent être mises en œuvre qu'à l'aide des services de médecine du travail » ⁽²⁾.

En ce qui concerne le rôle du médecin de travail :

« En effet, son activité ne consiste pas seulement à prendre des dispositions générales afin de garantir un minimum de conditions sanitaires dans les entreprises ; il doit aussi veiller à ce que chaque travailleur individuel puisse s'adapter au maximum à son travail et bénéficier d'une protection optimale de sa santé » ⁽³⁾.

M. Fohrmann conclut alors :

« Votre commission tient cependant à souligner dès maintenant que la présente recommandation (doc. 149, 1965-1966) n'a pas de sens et ne pourra être mise parfaitement en œuvre que dans la mesure où les Etats membres auront satisfait à la recommandation qui leur a été adressée il y a trois ans en ce qui concerne la médecine du travail dans l'entreprise » ⁽⁴⁾.

41. Si la Commission de la C.E.E. présente d'autres projets de recommandation concernant des mesures en matière de médecine du travail, aussi souhaitables fussent-elles, elle a peu de chances d'aboutir dans la mesure où les moyens ne lui sont pas donnés d'amener les Etats membres à mettre en œuvre les mesures précédemment recommandées pour l'activité des services de médecine du travail dans l'entreprise. Dans ce dernier cas bien des propositions fondées resteraient nécessairement lettre morte.

Cette observation s'applique également au contrôle médical des jeunes travailleurs, tels que le propose le paragraphe 21 de la recommandation de la Commission de la C.E.E. concernant la protection des jeunes au travail (doc. 31, 1965-1966).

⁽¹⁾ Rapport Mariotte, paragraphe 49, alinéa 3.

⁽²⁾ J.O. précité, paragraphe 7 B, b et rapport Mariotte, paragraphe 49, alinéa 4 (fin).

⁽³⁾ J.O. du 26 mai 1962, page 1.263, paragraphe 7 C, a et J.O. du 31 août 1962, page 2.186, paragraphe 24 a.

⁽⁴⁾ Journaux officiels précités, paragraphes 7 C, b et 24, b.

⁽¹⁾ J.O. du 26 mai 1962, page 1.263, paragraphe 7 C, c et J.O. du 31 août 1962, page 1.286, paragraphe 24 c.

⁽²⁾ Doc. 56, 1965-1966, paragraphe 5, dernier alinéa.

⁽³⁾ idem paragraphe 12, troisième phrase.

⁽⁴⁾ idem paragraphe 15.

3. Les mesures des deux autres exécutifs

42. Les dispositions du traité de la C.E.C.A. ouvrent à la Haute Autorité un champ d'action beaucoup plus étendu que celui de la Commission de la C.E.E. La situation de la Haute Autorité tant sur le plan des personnes que sur celui de son activité est également plus favorable que celle de la Commission de la C.E.E. Les services compétents de la Haute Autorité font depuis plus longtemps office de centrale pour l'échange des expériences réalisées dans les Etats membres. Il en va de même pour la médecine du travail dans l'entreprise.

43. Des informations très complètes sur les réalisations dans le domaine de la recherche en matière de médecine du travail sont données dans le document de la Haute Autorité achevé en juillet 1965 et intitulé « Etat des travaux de recherche relatifs à la sécurité, à l'hygiène et à la médecine du travail dans la Communauté et bénéficiant des aides financières de la Haute Autorité » (doc. 1.351, 1965 ; actuellement disponible seulement en français).

44. La Haute Autorité organise notamment pour les médecins exerçant dans les entreprises de son secteur des visites collectives de services de médecine du travail. Ici les médecins du travail peuvent tirer de l'expérience pratique de confrères exerçant dans d'autres Etats membres les idées pour améliorer ou rendre plus efficaces leurs propres services. La Haute Autorité profite également de l'occasion pour organiser des congrès. De plus elle dresse, sur la base des moyens dont elle dispose dans le cadre de ses programmes de recherche, des listes comparatives de moyens thérapeutiques et préventifs, de matériel de secours. Ces listes comparatives donnent aux médecins de l'entreprise la possibilité de s'informer sur le matériel le mieux adapté qu'ils peuvent se procurer dans le commerce.

45. Les directives de la Commission de la C.E.E.A. arrêtant les normes de base contiennent, au titre V « principes fondamentaux de surveillance médicale des travailleurs » un chapitre intitulé « contrôle médical ». L'organisation de ce contrôle est un élément essentiel de la protection sanitaire des travailleurs contre les radiations.

La Commission de la C.E.E.A. s'efforce depuis des années de créer au niveau communautaire une branche spécialisée de la médecine du travail dans le domaine nucléaire sur la base des principes fondamentaux contenus dans les normes.

46. En 1961, la Commission de la C.E.E.A. a organisé à Stresa un symposium destiné à permettre une confrontation d'expériences des pra-

ticiens dans le domaine de la surveillance médicale des travailleurs exposés aux radiations. Le symposium de Munich a poursuivi ses travaux en 1962.

L'année 1963 a été marquée par deux congrès du même genre qui ont eu lieu à Naples et à Tours. Ils étaient destinés à appuyer les efforts de la Commission de la C.E.E.A. visant à harmoniser les mesures périodiques de contrôle dans les services médicaux des installations nucléaires des Etats membres. Dans ces congrès la première place a été donnée à la formation spécialisée du médecin du travail et à l'encouragement et à la coordination de cette formation dans la Communauté ; il est apparu à la Commission de la C.E.E.A. que cette formation présentait un caractère de nécessité pressante.

En 1964, il ne s'est tenu aucun nouveau congrès de médecine du travail, mais des études comparatives ont été menées dans le domaine de la dosimétrie par film et des recherches psychologiques ont été faites sur l'accoutumance des travailleurs au risque nucléaire.

En avril 1966, a eu lieu à Nice un symposium sur les irradiations accidentelles en milieu de travail.

Il avait deux principaux objectifs :

- présenter, sur la base des informations résultant des principaux accidents, la synthèse des enseignements qui pourraient en découler pour la dosimétrie, la médecine et l'hygiène du travail, et l'organisation administrative des différents services de radioprotection,
- tenter de faire le point des dernières acquisitions scientifiques permettant d'améliorer les méthodes dosimétriques et le traitement de la main-d'œuvre ayant été exposée à des radiations, et d'examiner certains problèmes administratifs, juridiques et psychologiques liés à l'accident nucléaire qui revêtent une grande importance pour le travail quotidien du médecin du travail.

IV — Les congrès organisés par la Commission de la C.E.E.

1. Généralités

47. Le Parlement européen a toujours attaché de l'importance à l'information mutuelle dans le domaine de la médecine du travail dans l'entreprise. Nous rappellerons à cet égard ce qu'écrivait M. Troclet, rapporteur du Parlement européen, au sujet du projet de recommandation de la Commission sur une liste européenne de maladies professionnelles :

« D'autre part, se préoccupant à juste titre de la prévention, la Commission exécutive

envisage d'inclure dans la recommandation une invitation aux Etats de la développer, de l'améliorer et de recourir à ses services qui doivent devenir une sorte de clearing house pour toutes les expériences acquises par les divers Etats. Ce système est certainement de nature, s'il prend le développement souhaité, à faire progresser la prévention. » ⁽¹⁾

Mais si l'on veut que les services de la Commission, pour un domaine relevant de la médecine du travail, fassent office de centrales pour les échanges d'expériences entre les Etats membres, il doit en toute logique en être de même pour d'autres domaines, notamment dans le cas qui nous occupe, pour l'organisation de la confrontation d'expériences dans le domaine de la médecine du travail dans l'entreprise.

48. Dans sa réponse à la question n° 65 du député Bergmann ⁽²⁾ la Commission de la C.E.E. a communiqué notamment que lors des réunions que tiennent régulièrement les chefs des services nationaux compétents pour la sécurité et l'hygiène du travail dans les Etats membres, tous les Etats l'avaient tenue continuellement au courant des mesures qu'ils ont prises pour la mise en œuvre de la recommandation dans le domaine des services de médecine du travail dans l'entreprise.

De plus, la Commission de la C.E.E. a organisé, du 3 au 5 juin 1964 un colloque sur la médecine du travail en vue d'obtenir avant l'expiration du délai de deux ans des informations particulièrement détaillées et donner un nouvel essor à l'évolution en ce domaine. Les délégués des divers Etats membres auraient à cette occasion rendu compte des mesures adoptées sur la base de la recommandation. Un avis doit donc être donné sur les résultats de toutes ces réunions.

2. Les résultats des réunions des chefs des services nationaux de médecine et d'hygiène du travail

49. Neuf congrès se sont tenus jusqu'à présent. On trouve dans le « Bulletin de la Communauté économique européenne » des indications sur six d'entre eux, mais on n'y relève rien au sujet du premier, du deuxième et du quatrième de ces congrès. Le secrétariat exécutif de la Commission de la C.E.E. décide, en tant qu'éditeur du Bulletin, de ce qu'il estime mériter d'être publié.

50. Le premier congrès (22 mai 1963), qui s'est tenu sous la présidence de M. Levi Sandri, vice-président de la Commission, et avec la participation non seulement des chefs des services

nationaux mais aussi des représentants de la Haute Autorité et de l'Office statistique des Communautés européennes, a été consacré au règlement des questions de principe ; le deuxième congrès (16 et 17 juillet 1963) a traité déjà un problème étroitement lié à l'existence des services de médecine du travail, à savoir : la lutte contre les maladies professionnelles (silicose, dermatose, cancer professionnel). Le troisième congrès (5 et 6 novembre 1963), dont on trouve pour la première fois mention dans le Bulletin ⁽¹⁾ a repris le thème de la lutte contre les maladies professionnelles (rhumatisme, dermatose), mais le Bulletin passa ce sujet précisément sous silence.

51. Le quatrième congrès (21 et 22 janvier 1964) a été également important pour les questions de médecine du travail. Il s'est ouvert par la discussion d'un avant-projet de recommandation portant sur les services de premier secours dans les entreprises ; cette discussion a pris fin au cours du cinquième congrès (21 et 22 mai 1964) ⁽²⁾. Lors de ce congrès fut examiné l'avant-projet d'un projet de recommandation sur la réalisation de visites médicales périodiques dans les entreprises.

Aucun de ces avant-projets n'a jusqu'à présent abouti à la présentation d'un projet de recommandation. La réalisation de visites régulières dépend précisément du bon fonctionnement des services de médecine du travail dans l'entreprise. De même la surveillance et le contrôle régulier des services de premier secours ainsi que la formation d'auxiliaires sont l'affaire du médecin d'entreprise. En l'état actuel des choses, on ne devrait adopter de telles directives que si l'on a une certaine assurance que fonctionnent dans tous les Etats membres des services de médecine du travail dans l'entreprise au sens de la recommandation.

52. Le sixième congrès s'est tenu du 21 au 22 octobre ⁽³⁾ mais n'a abordé aucun sujet médical ; il en a été de même lors du septième congrès qui s'est tenu les 2 et 3 mai 1965 ⁽⁴⁾.

Le huitième congrès qui s'est réuni le 12 octobre 1965 ⁽⁵⁾ a examiné l'avant-projet de rapport sur les services de médecine du travail dans les Etats membres. Il faut souhaiter que l'échange d'expériences effectué à cette occasion a entraîné une comparaison critique des diverses mesures législatives et pratiques dans les Etats membres.

53. Le neuvième et dernier congrès qui se soit tenu jusqu'ici a eu lieu les 19 et 20 novembre

⁽¹⁾ Doc. 20, 1962-1963, titre 17.

⁽²⁾ J.O. du 12 novembre 1964, page 2.877 f.

⁽¹⁾ Bulletin n° 1, 1964, page 43.

⁽²⁾ Bulletin de la Communauté économique européenne n° 7, 1964, page 34.

⁽³⁾ Bulletin de la C.E.E. n° 12, 1964, page 39.

⁽⁴⁾ Bulletin de la C.E.E. n° 5, 1965, page 34.

⁽⁵⁾ Bulletin de la C.E.E. n° 12, 1965, page 42.

1965 ⁽¹⁾ ; il a permis de mettre sur pied les travaux préliminaires pour un séminaire destiné à la prévention des accidents du travail. Dans ce domaine, les services médicaux de l'entreprise peuvent apporter une aide notable — il suffira de mentionner la conclusion n° 3 du colloque sur la médecine du travail ⁽²⁾.

54. Or la Commission de la C.E.E. a communiqué dans sa réponse à la question n° 65, posée par M. Bergmann, qu'au cours de ces réunions tous les Etats membres avaient tenu continuellement au courant la Commission des mesures qu'ils avaient prises pour la mise en œuvre de la recommandation relative aux services de médecine du travail.

Il ressort cependant des informations publiées dans le « Bulletin » que les participants aux congrès n'ont examiné que le projet de rapport sur les services de médecine du travail des entreprises dans les Etats membres. On a certainement profité de cette occasion pour informer la Commission. D'après ce qui a été publié au sujet des autres congrès dans le « Bulletin », on ne voit malheureusement pas de quelle manière a été réalisée l'information permanente de la Commission de la C.E.E.

55. Le sujet mérite que désormais au cours de chaque réunion la Commission et les autres participants soient informés des mesures prises en matière de médecine de travail dans l'entreprise. Ces informations devraient être reproduites dans le « Bulletin » de la Commission de la C.E.E.

3. Les résultats du colloque sur la médecine du travail

56. Le colloque qui s'est tenu du 3 au 5 juin 1964 à Bruxelles a réuni des experts de tous les Etats membres : représentants gouvernementaux, représentants des universités et médecins du travail.

Les conclusions des discussions sont jointes en annexe au « Premier rapport ». La Commission de la C.E.E. aurait dû les analyser dans le « Premier rapport », d'autant plus que ce document V/9297/64 de la Commission de la C.E.E. titre 4) ⁽³⁾ contient de précieux compléments sur des faits concrets. La note du secrétariat concernant ce colloque ⁽⁴⁾ donne d'autres informations supplémentaires.

57. L'enseignement universitaire et le perfectionnement en médecine du travail est mentionné

en premier lieu parmi les conclusions qui soulignent également la diversité de la formation dans les six pays.

Les participants réclament l'enseignement obligatoire de la médecine du travail qui doit être sanctionné par un examen pour tous les étudiants en médecine. Il devra apporter à l'étudiant des notions précises sur les relations toujours plus étroites entre le travail organisé de l'homme et sa santé, lui fournir les connaissances indispensables sur les maladies professionnelles les plus fréquentes comme sur leur prévention.

58. Le fait que le médecin d'entreprise ne peut, dans la plupart des Etats membres, donner des soins qu'en cas d'urgence vient encore appuyer cette requête. Il enverra normalement le travailleur à un omnipraticien ou à un spécialiste. Ce dernier ne peut cependant agir efficacement que s'il possède des connaissances en matière de médecine du travail, notamment sur les maladies professionnelles.

59. Le tableau synoptique joint en annexe au « Premier rapport » concernant la formation et le perfectionnement dans le domaine de la médecine du travail offre de bonnes possibilités de comparaison sur la situation des Etats membres. Il ressort de ce tableau que dans la plupart des Etats membres le niveau souhaité ne semble pas encore avoir été atteint.

Les participants au colloque ont constaté que les situations existant dans les différents pays en matière de formation et de perfectionnement sont étroitement conditionnées par les législations nationales concernant les services médicaux d'entreprise ⁽¹⁾. Les trois Etats membres qui sont précisément les seuls où jusqu'à présent l'organisation et le travail des services médicaux du travail dans l'entreprise sont régis par des dispositions législatives, disposent des meilleures possibilités de formation et de perfectionnement.

60. Les participants à ce colloque se prononcent pour un perfectionnement des médecins du travail en matière de médecine du travail. Cette formation postuniversitaire devrait être rendue obligatoire pour les praticiens qui ne veulent consacrer qu'une partie de leur activité à la médecine du travail.

Il est douteux qu'il y ait dans tous les Etats membres un nombre suffisant de spécialistes pouvant diriger partout des cours de perfectionnement. Si tel n'était pas le cas, on ne pourrait avoir recours qu'aux moyens classiques de la formation postuniversitaire des spécialistes, à savoir : la tenue de congrès et la lecture de revues spécialisées. On lit précisément au paragraphe 7 de la 3^e conclusion (organisation de services de

⁽¹⁾ Bulletin de la C.E.E. n° 1, 1966, page 26.

⁽²⁾ Voir titre 59 de ce rapport.

⁽³⁾ Vice-président M. Levi-Sandri : rapport sur les travaux en cours dans le domaine de la sécurité et de l'hygiène du travail à l'intention de la commission de la protection sanitaire du Parlement européen.

⁽⁴⁾ Doc. PE 12.092 du 12.6.1964.

⁽¹⁾ Conclusion 1, paragraphe 2.

médecine du travail) que le médecin du travail est en condition d'apporter des contributions importantes au travail de recherche médical.

Devant la pénurie de maîtres spécialisés, les exécutifs devraient poursuivre la voie empruntée pour le perfectionnement dans la spécialité en organisant des colloques, et encourager les Etats membres à procéder de même.

61. En outre on ne peut réaliser l'extension des services médicaux de l'entreprise à toutes les branches d'activité que par la collaboration progressive des employeurs et des salariés. Elle est liée notamment à la formation de médecins spécialisés ⁽¹⁾.

Cela signifie qu'une loi sur l'introduction de services médicaux du travail dans l'entreprise devrait fixer des délais en fonction du nombre de médecins du travail disponibles et se limiter à des dispositions cadres.

62. La troisième conclusion traite également des tâches préventives du médecin de l'entreprise, déjà mentionnées dans la recommandation 112 de l'O.I.T. Chacune de celle-ci est citée, notamment celle concernant la prévention des accidents.

Le séminaire projeté par la Commission de la C.E.E. en vue de la prévention des accidents du travail, pour lequel la neuvième réunion des chefs des services nationaux de médecine et d'hygiène du travail a effectué les travaux préparatoires, devrait par conséquent se dérouler en présence des principaux médecins du travail et en tenant particulièrement compte des tâches préventives des services médicaux du travail.

63. Ces trois conclusions ne contiennent aucune recommandation de mesures concernant une plus grande indépendance morale et professionnelle des médecins du travail. Ce n'est qu'au paragraphe 6 de la deuxième conclusion qu'il est demandé que soit assurée cette indépendance, et il est souligné qu'au paragraphe 8 de la troisième conclusion que ce n'est pas au médecin du travail que doit être confié le contrôle des absences pour maladie.

64. Les modalités suivant lesquelles devra être assurée l'indépendance du médecin du travail peuvent différer d'un Etat membre à l'autre. Mais si cette indépendance n'est pas garantie efficacement partout et toujours, on ne trouvera pas suffisamment de jeunes médecins pour embrasser la carrière de médecin du travail.

65. On a déjà fait remarquer qu'une surveillance effective des médecins du travail par les médecins-inspecteurs du travail peut renforcer l'indépendance des premiers. Si l'on peut escompter

que le médecin-inspecteur contrôlera périodiquement et de manière précise les activités des médecins du travail, et si ce fait vient à être connu, les employeurs et les salariés répugneront à adresser au médecin du travail des demandes qu'il ne peut satisfaire.

66. Les participants au colloque n'ont pu malheureusement parvenir à aucun accord sur la question de savoir si les activités de médecin-inspecteur devaient se limiter à des fonctions de surveillance ou si elles ne devaient pas résider plutôt aussi en examens médicaux, expertises ou recherche.

Mais la quatrième conclusion constatant l'accord étroit entre la médecine du travail et les services d'inspection médicale, on ne devrait pas, si l'on veut promouvoir l'organisation de services médicaux du travail, limiter par une loi ces domaines d'action, à moins que les activités de surveillance du médecin-inspecteur du travail n'en souffrent.

67. La réalisation de cette condition dépend évidemment étroitement des médecins-inspecteurs du travail disponibles. Ce qui a été dit pour la formation des médecins de l'entreprise vaut également pour les médecins-inspecteurs du travail. S'il y a trop peu de médecins-inspecteurs du travail ou si leurs fonctions de contrôle sont alourdies par un travail administratif trop important, le contrôle des services de la médecine du travail dans l'entreprise, et, partant la surveillance de l'indépendance des médecins de l'entreprise s'en trouvent réduits.

68. Les participants au colloque ont suggéré enfin que l'on prévoie un échange de médecins-inspecteurs du travail entre les Etats membres afin de leur faciliter une meilleure connaissance des problèmes de l'inspection du travail tels qu'ils se posent dans les différents pays ⁽¹⁾.

Cette initiative va dans le sens de l'harmonisation et devrait être prochainement mise en œuvre. Il faudrait en outre examiner si un échange de jeunes médecins du travail et de médecins du travail stagiaires ne permettrait pas de parvenir à l'harmonisation, et examiner les modalités suivant lesquelles cet échange pourrait s'effectuer sous les auspices des exécutifs compétents.

V — Les mesures des Etats membres

1. Généralités

69. A la question écrite n° 65 que M. Bergmann a posée en son temps au sujet de ce retard, la Commission de la C.E.E. a répondu certes avant

⁽¹⁾ Conclusion 2, paragraphe 1.

⁽¹⁾ Conclusion 4, paragraphe 4, alinéa 2.

la publication du « Premier rapport », il n'en reste pas moins qu'à lire le présent rapport, le thème des trois questions contenues dans cette question écrite demeure d'actualité.

70. En ce qui concerne la question sous *a* dans laquelle il est demandé quels sont les Etats membres qui ont déféré au vœu de la Commission d'être informée avant le 20 septembre 1964 des mesures prises, la date de publication du « Premier rapport » permet de tirer quelques conclusions. Certes, ainsi que le montre le contenu du rapport, tous les Etats membres ont finalement communiqué des informations. Mais la date d'achèvement et de publication laissent supposer que toutes les informations souhaitées par la Commission de la C.E.E. n'ont été disponibles que tardivement. Déjà lors des discussions sur le projet de rapport de M. Bertrand concernant les problèmes de sécurité, d'hygiène du travail et de protection sanitaire (doc. 49, 1959-1960), qui a été publié en septembre 1959, on a constaté une pénurie de personnel qualifié dans les services de la Commission de la C.E.E. compétents pour les questions sociales ⁽¹⁾.

71. La situation en ce qui concerne la sécurité et l'hygiène du travail reste inchangée. Certes les effectifs ont augmenté, mais les tâches se sont multipliées.

M. Levi Sandri, vice-président, a, dans le discours de clôture qu'il a adressé aux participants du colloque sur la médecine du travail, fait les remarques suivantes : la Commission de la C.E.E. a l'intention de continuer de coopérer étroitement dans le domaine de la médecine du travail avec tous les services et spécialistes compétents de la Communauté. Malheureusement le personnel de la Commission demeure très limité; la division « sécurité et hygiène du travail » ne compte que quatre employés, dont un seul médecin ⁽²⁾. Il n'est donc pas étonnant que la Commission de la C.E.E. ne puisse pas réunir en temps opportun le matériel d'information nécessaire, ni l'exploiter dans les délais.

72. La Commission de la C.E.E. doit cependant être en mesure de tenir compte de ces exigences. Dans l'intérêt de la santé des ouvriers, l'attention des services compétents pour l'octroi de crédits est attirée sur cette situation. La fusion prochaine des exécutifs de la Communauté offre une très bonne occasion de procéder aux transformations nécessaires.

C'est alors seulement que les exécutifs seront en mesure de réunir en temps opportun le matériel nécessaire, de l'exploiter et de faire rapport dans les délais prévus.

73. Les questions sous *b* — dans quelle mesure les différents Etats membres ont suivi les suggestions contenues dans la recommandation de la Commission — et *c* — dans quelle mesure les différents Etats membres n'ont pas pris la recommandation en considération — seront traitées de manière succincte sur la base des données du « Premier rapport » et en tenant compte des développements intervenus depuis la rédaction de ce rapport.

2. L'état actuel de la législation

74. Depuis que le « Premier rapport » est achevé, diverses modifications ont été apportées à la législation sur les services de médecine du travail dans l'entreprise; il convient tout d'abord de les noter.

La note intitulée « législation de protection contre les rayonnements ionisants » — (Doc. Eur/c/5185/65) de la Commission de la C.E.E.A. donne quelques indications sur la législation dans le domaine nucléaire. Les règles qui y sont contenues ont été communiquées en temps opportun par les Etats membres à la Commission de la C.E.E.A. conformément à l'article 33 du traité de la C.E.E.A.

75. En *Belgique* la législation comporte depuis le 16 avril 1965 un « arrêté royal instituant des services médicaux du travail, réorganisant les secours et premiers soins dans les lieux de travail et modifiant les titres II et III du règlement général par la protection du travail » ⁽¹⁾. Cet arrêté est conforme à la recommandation de la C.E.E. et est conçu sur la base des expériences des législations française et néerlandaise. Pour l'introduction des mesures encore à créer, il procède par étapes successives. Il contient une partie spéciale sur la surveillance des travailleurs exposés aux radiations ionisantes ⁽²⁾. D'ailleurs le contrôle médical du personnel des installations nucléaires a déjà été ordonné par l'arrêté royal du 28 février 1963 (articles 24 et 75).

76. L'*Allemagne* a conservé jusqu'ici le système des conventions volontaires. Les Länder de la République fédérale peuvent également promulguer des lois en ce domaine, et cela pour autant et aussi longtemps que le Bund ne fait pas usage de son pouvoir législatif. La « loi sur l'atome » (Atomgesetz) du 23 décembre 1959 n'apporte aucune modification fondamentale pour ce secteur. L'article 12, paragraphe 1, renvoie, pour les visites médicales périodiques des travailleurs, aux règlements qui seront arrêtés. Le premier règlement d'application en la matière prescrit certes,

⁽¹⁾ Voir paragraphe 22 de ce rapport.

⁽²⁾ Note du secrétariat relative au colloque sur la médecine du travail, doc. PE 12.092, paragraphe 15.

⁽¹⁾ Publié au Moniteur belge du 4 juin 1965.

⁽²⁾ Articles 132 à 138.

dans ses articles 46 à 52, ce contrôle médical périodique, mais ne contient aucune disposition prescrivant la création de services de médecine du travail dans les entreprises en cause.

77. Dans le « Premier rapport » (page 8, alinéa 1), il est rappelé que le ministre allemand du travail et des affaires sociales prépare des directives concernant l'organisation des services de médecine du travail dans les entreprises. Il existe un projet en date du 5 novembre 1965. Il ne donne que des indications concernant le développement de ces services et ne permet pas d'inférer que l'on envisage d'arrêter une législation en la matière. Ce projet doit être transmis pour avis aux associations patronales allemandes, (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände), aux syndicats (Deutscher Gewerkschaftsbund) et à l'association des médecins du travail allemands. La date limite est le 25 janvier 1966.

Cette directive précise qu'elle tient compte de la recommandation de la Commission de la C.E.E. Mais ce qui est précisément le point le plus important de la recommandation, la création, sur une base légale, des services de médecine du travail dans les Etats membres n'a pas été prise en considération.

En réponse à une question écrite qui lui avait été adressée, le ministre fédéral du travail et des affaires sociales a fait savoir, le 18 février 1966, qu'une solution, par la voie d'une loi fédérale, de la question de l'inspection médicale dans l'entreprise n'est actuellement pas réalisable en République fédérale pour divers motifs. Un régime légal au niveau des Länder a déjà été envisagé par une partie des Länder ; mais le ministère du travail ignore si de tels projets sont en préparation.

Si certains Länder de la République fédérale adoptent un régime légal pour leur domaine de compétence, loin d'en arriver à une harmonisation entre les Etats membres, on se trouvera devant une multiplicité de régimes dans un seul Etat membre.

La République fédérale n'a pas encore donné suite à la principale requête formulée dans la recommandation, et l'on n'examinera pas pour l'instant si différents détails ont été réglés par la voie de conventions volontaires. Celles-ci ne sont pas obligatoires pour tous et, bien que le gouvernement ait invité à conclure beaucoup plus d'accords de ce genre, sa suggestion n'a pas trouvé beaucoup d'écho suffisant.

78. La France a complété la loi qui avait été prise il y a 20 ans. Plusieurs ordonnances et décrets sont venus compléter la loi de 1946 mentionnée dans le « Premier rapport » et relative à l'organisation des services médicaux du travail

dans les entreprises de transport ; ils régissent cette matière pour les différentes entreprises de transport mais également pour les exploitations minières. Les derniers arrêtés en date (exploitations minières) ont été pris le 23 juillet 1965. Ont également de l'importance deux circulaires du ministre du travail adressées aux médecins-inspecteurs du travail sur les principes à respecter pour l'agrément des services médicaux du travail et le choix des médecins du travail ⁽¹⁾ ; ainsi qu'une instruction du médecin-inspecteur général du travail adressée aux médecins-inspecteurs divisionnaires du travail relative au rôle des médecins du travail en matière de déclaration obligatoire des maladies contagieuses ⁽²⁾.

79. La législation française a fourni un travail de pionnier. Mais il semble que son application ait donné lieu, au cours des années, à des interprétations fausses et à des erreurs, sinon il n'aurait pas été nécessaire de compléter par ces circulaires les lois et décrets dont les dispositions sont très détaillées.

En raison de la législation très abondante, il a suffi pour régler les problèmes particuliers du secteur nucléaire du décret du 22 novembre 1952 et de deux arrêtés ministériels de 1954 et 1960.

80. L'Italie n'a pas dépassé le stade des travaux préparatoires qui durent depuis quinze ans et qui sont exposés dans le « Premier rapport ». On ne peut prévoir quand le ministère du travail présentera au corps législatif un projet, d'autant plus qu'il considère que l'ancien projet est dépassé et qu'il veut en préparer un nouveau qui soit conforme à la recommandation. Dans cet Etat membre également on n'a pas encore donné suite à la recommandation et il n'est pas possible, malgré toutes les affirmations contraires, de dire encore si on le fera dans un avenir proche. Seul le secteur nucléaire est régi par des dispositions de caractère obligatoire en ce qui concerne la surveillance médicale périodique (décret du président de la République n° 185 du 9 février 1964, articles 19 et suivants, articles 63, 69, 75 et suivants). Mais on ne trouve pas dans ces textes des dispositions faisant obligation de créer des services médicaux du travail.

81. Au Luxembourg le ministère du travail a été chargé d'achever, pour qu'il puisse être présenté, le projet de loi mentionné dans le « Premier rapport ». Le projet sera soumis en 1966 au Conseil

⁽¹⁾ Textes officiels Série Travail et emploi n° 16/65 du 22 avril 1965 et T.E. 23/65 du 24 juin 1965.

⁽²⁾ Bulletin des textes officiels du ministère du travail, série Travail et Emploi, n° 28/65. Tous les textes de loi et de décrets et ordonnances sont contenus dans la brochure 1022/1965 « Services médicaux du travail », Edition « Journaux officiels » Paris.

d'Etat, enfin à la Chambre des Députés qui devra statuer de telle sorte que l'on peut compter que la loi entrera en vigueur prochainement.

Il faut attendre, pour porter un jugement définitif, que le projet ait été publié. Mais on constate une volonté de suivre les recommandations de l'O.I.T. et de la Commission de la C.E.E. et de la C.E.E.A., mais également les conclusions du colloque sur la médecine du travail.

82. Les *Pays-Bas* n'ont pas encore étendu les services médicaux du travail au-delà des entreprises énumérées dans l'arrêté royal fixant la liste des entreprises obligées d'installer ces services. La loi actuelle brève mais riche de contenu ⁽¹⁾ du 19 février 1959 qui prévoit que c'est par voie d'arrêté que les entreprises seront obligées d'organiser des services médicaux du travail, a encore besoin d'être complétée.

D'après des informations communiquées le 23 février 1966, le ministère des affaires sociales et de la santé publique prépare un projet de loi qui prévoit une amélioration des services médicaux du travail, tels qu'ils ont été organisés par la loi de 1959. Après avis du Conseil économique et social, ce projet passera, au cours de l'année 1966, devant les Chambres des Pays-Bas ; il faut donc là encore attendre que celles-ci aient statué avant de connaître le texte de la loi. La loi sur l'énergie nucléaire du 21 février 1963 (article 7) ainsi que le décret du 18 mars 1963 (articles 31 et 32) qui règlent la surveillance médicale des travailleurs employés dans le secteur nucléaire sans confier cette tâche aux médecins du travail.

3. Les services de médecine du travail

a) Comparaison entre les secteurs des trois Communautés

83. Un jugement qui porte sur la situation dans les différents Etats membres ne doit pas se fonder uniquement sur la législation existante.

Certes, la nécessité d'une telle législation est hors de doute. Encore faut-il promulguer des règlements qui soient susceptibles d'être appliqués.

84. Pour ce qui est du secteur de la C.E.C.A., aucune entreprise tant soit peu importante de production de charbon ou d'acier ne renonce à avoir un service médical. Ceci est surtout important en raison du risque de silicose qui existe dans ces deux domaines.

La même remarque vaut également dans le secteur de la C.E.E.A. pour ce qui est des entreprises de l'industrie nucléaire.

85. En France, en Belgique et aux Pays-Bas toutes ces entreprises sont assujetties à l'obligation de se faire assister d'un service de médecine du travail. Au Luxembourg toute les usines ont des médecins du travail, mais ce pays n'a pas encore d'industrie nucléaire. Il reste une fois de plus l'Allemagne et l'Italie dont les législations en matière nucléaire prévoient (comme en France, en Belgique et aux Pays-Bas) des visites médicales périodiques et obligatoires, mais non l'organisation obligatoire de services de médecine de travail dans les entreprises.

86. Malgré cette restriction, la C.E.C.A. et la C.E.E.A. disposent heureusement dans leurs domaines d'un réseau de services médicaux du travail qui, en général, fonctionnent bien et ne présentent pratiquement pas de lacune. Les deux exécutifs peuvent donc intervenir pour conseiller, comparer et corriger, tandis que la Commission de la C.E.E. doit surtout s'assigner la tâche de lutter pour faire triompher des principes — et cela avec les effectifs absolument insuffisants dont elle dispose.

87. Ce n'est pas sans raison que la recommandation de la Commission de la C.E.E. renferme le vœu que le nombre total des travailleurs dont un médecin de travail est responsable ne soit pas supérieur à 2.500.

En effet, on peut admettre que le nombre maximum des travailleurs auxquels peut se consacrer un médecin du travail exerçant à temps plein est de 3.000, et de 500 pour un médecin exerçant à temps partiel.

Or, ce plafond correspond à des exigences moyennes. Il est d'autant plus bas que les exigences adressées au médecin du travail sont élevées. En France, par exemple, il existe une réglementation très stricte sur les examens périodiques auxquels doivent se soumettre les travailleurs d'une entreprise. Il en est de même, dans tous les pays, pour les mines, les aciéries et l'industrie nucléaire. Par conséquent, les médecins du travail exerçant à temps plein dans ce pays membre et dans ces branches de l'industrie, sont bien plus surchargés de travail qu'il n'apparaît d'après les statistiques suivantes.

Suivant les indications du « Premier rapport », le nombre des médecins du travail exerçant dans les pays membres à la fin de 1964 se répartissait ainsi ⁽¹⁾ :

⁽¹⁾ Texte français dans : B.I.T. - Série législative 1959 - P.B. 2 mars - avril 1960.

⁽¹⁾ Premier rapport, p. 18-19 et fin de la p. 20.

Etat membre	exerçant à temps plein	exerçant à temps partiel	non spécifié
Belgique	80	300	—
Allemagne (1)	583	1100	560
France (2)	1729	2566	—
Italie	—	—	2000
Luxembourg	4	20	—
Pays-Bas (3)	73	137	—

(1) Le rapport avance le chiffre de 382 médecins d'entreprise exerçant à temps plein et de 903 exerçant à temps partiel. Les « Aertzliche Mitteilungen » (Informations médicales) n° 41 du 9 octobre 1965 donnent pour septembre 1964 le chiffre de 417 médecins exerçant à temps plein et de 950 exerçant à temps partiel. Ces indications se fondent sur une enquête de l'Office fédéral des statistiques effectuée à la demande du ministère fédéral du travail pour être jointe au rapport sur l'industrie. Ce sont ces chiffres légèrement plus élevés qui ont servi de base à nos calculs.

D'autre part, les 156 médecins du chemin de fer (exerçant à temps plein) et les 10 médecins à temps plein et les 150 à temps partiel de la poste (figurant dans le « Premier rapport ») ont été intégrés au chiffre global, bien que les derniers soient généralement obligés de limiter leur activité à des examens d'embauchage.

Par contre, les 500 médecins des organismes d'assurances accidents du travail et des maladies professionnelles n'y figurent pas, étant donné qu'ils ne s'occupent que du traitement des personnes accidentées et qu'ils n'exercent donc pas les fonctions de médecins du travail.

Cela vaut également pour les 544 médecins des bureaux de placement qui ne font que décider de la capacité de travail des personnes qui cherchent un emploi, sans être jamais en relation avec les entreprises.

Le fait de mentionner ces deux groupes de médecins dans une énumération des médecins du travail, comme c'est le cas à la page 19 du « Premier rapport », peut induire en erreur.

Sans doute est-ce là également une conséquence de l'insuffisance des effectifs de la Commission de la C.E.E., à laquelle nous avons déjà fait allusion.

Pour ce qui est enfin des 560 « médecins contrôleurs », ils figurent sous une rubrique spéciale de l'énumération, bien qu'ils ne remplissent qu'une fonction très limitée en matière de médecine du travail. Il est surtout très rare qu'ils procèdent à l'inspection des entreprises.

(2) A l'exception des mines.

(3) Le « Premier rapport » (page 19) indique que la commission d'enregistrement de la médecine sociale a inscrit à son registre 210 médecins de travail (juillet 1964). D'autre part, le nombre des médecins du travail, dont l'installation avait été approuvée par le collège d'assistance et de conseil pour la médecine du travail, était en juillet 1964 de 73. Il s'agit des médecins du travail qui, conformément à la loi du 19 février 1959, exercent dans des entreprises ayant leur propre service de médecine du travail ou dans un service de médecine du travail interentreprises. Selon toute vraisemblance, ces médecins exercent à temps complet, et les 137 autres exercent à temps partiel.

Afin de pouvoir établir des comparaisons, nous prendrons appui sur l'indication de ces chiffres et la fixation de ces plafonds.

88. Si, parmi les groupes non spécifiés de médecins du travail (560 « médecins contrôleurs » en Allemagne et l'ensemble des 2.000 médecins du travail en Italie), on admet une proportion de 40 médecins exerçant à temps plein pour 60 médecins exerçant à temps partiel, la situation est plutôt favorable que défavorable, comparée aux chiffres correspondants dans les autres pays. En se basant sur ces chiffres et sur le plafond fixé à l'activité des médecins du travail exerçant à temps complet ou à temps partiel, on obtient le nombre maximum de travailleurs qui puisse bénéficier d'une assistance médicale régulière.

Le rapport entre ce nombre maximum et le chiffre global des travailleurs de cet Etat membre donne le pourcentage des travailleurs auxquels le nombre de médecins du travail déjà cité dans le « Premier rapport » de la Commission de la C.E.E. et repris ici peut procurer une assistance régulière.

	Etant donné la répartition actuelle entre médecins du travail exerçant à temps plein et un médecin exerçant à temps partiel		Si tous les médecins du travail dans les entreprises exerçaient à temps complet,	
	cette proportion			
	est		serait	
en France de	50,78 %	de	101,1	
en Italie de	27,74 %		53,0	
au Luxembourg de	23,42 %		73,3	
en Allemagne de	19,82 %		34,5	
en Belgique de	14,27 %		41,7	
aux Pays-Bas de	6,95 %		18,5	

L'annexe jointe au rapport fournit divers détails à ce sujet.

89. Si les travailleurs agricoles et forestiers ne sont pas compris dans les chiffres de base, ce n'est pas qu'on estime qu'ils n'ont pas besoin de l'assistance d'un médecin du travail, mais parce qu'étant donné la situation actuelle, il est difficile de les soumettre partout à une surveillance qui soit efficace.

90. D'après ces pourcentages, l'assistance de médecine du travail dans les entreprises n'est dans aucun pays ce qu'elle devrait être. Si un médecin du travail doit s'occuper d'un nombre de travailleurs dépassant le chiffre maximum, la qualité des soins prodigués s'en ressentira tôt ou tard, car la capacité de rendement des médecins à elle aussi ses limites.

91. La recommandation de la Commission de la C.E.E. exprime le vœu que les services médicaux du travail dans les entreprises soient dirigés, dans la mesure du possible, par un médecin exerçant à temps plein (1).

Certes, la possibilité de faire appel à des médecins exerçant à temps partiel augmente les effectifs mais ne satisfait toutefois pas à tous les besoins. Ces médecins devraient bénéficier d'encouragements financiers et moraux les incitant à opter pour la carrière de médecin du travail à temps complet. Le meilleur stimulant serait encore l'organisation obligatoire de services médicaux dans les entreprises et l'exercice obligatoire de la médecine du travail à temps complet.

(1) Voir paragraphe 39 de ce rapport.

Malheureusement, la Commission de la C.E.E. n'a pas tenu compte dans sa recommandation du désir du Parlement européen de voir exercer la médecine du travail exclusivement par des médecins à temps plein.

On pourrait naturellement soulever l'objection qu'un tel désir n'est pas réalisable étant donné la pénurie en médecins du travail. Du moins pourrait-on satisfaire à une partie des besoins.

92. L'examen analytique auquel nous allons procéder, présente les Etats membres dans l'ordre des possibilités actuelles d'assistance médicale dans les entreprises par des médecins exerçant à temps plein et à temps partiel.

b) France

93. La législation française fixe le nombre maximum de travailleurs auxquels un médecin du travail peut se consacrer en une heure.

Abstraction faite des petites entreprises, comprenant au plus dix salariés, (une heure par mois pour 30 salariés)⁽¹⁾ et des entreprises dont le travail nécessite une surveillance médicale spéciale (une heure par mois pour dix salariés)⁽²⁾, la règle générale est la suivante : une heure par mois pour 25 employés, 15 ouvriers ou 10 salariés de moins de 18 ans ⁽³⁾.

94. En principe l'employeur français a le choix entre l'organisation d'un service médical autonome ou l'adhésion à un service interentreprises. Il est tenu d'adhérer à un service interentreprises lorsque l'effectif de son établissement est inférieur à 50 salariés. Ainsi les petites entreprises n'ont pas la possibilité d'avoir à leur seule disposition un médecin exerçant à temps partiel. Mais lorsque le temps que doit consacrer le médecin du travail à un établissement déterminé est au moins de 175 heures par mois, compte tenu des limites de temps évoquées, cet établissement doit disposer d'un service médical autonome comprenant un médecin à temps complet ⁽⁴⁾.

95. Si pendant ces 175 heures de travail un médecin d'entreprise exerçant à temps complet doit se consacrer à 25 employés ou 15 ouvriers par heure, 2595 ouvriers peuvent bénéficier de son assistance, chiffre qui dépasse à peine le plafond fixé par la recommandation. S'il s'agissait uniquement d'employés, ce chiffre serait de 4325 et dépasserait donc la capacité de travail d'un médecin d'entreprise qui accomplit sa tâche convenablement.

96. Ainsi, même la législation française, qui est pourtant si détaillée, ne peut atteindre les objectifs fixés, parce que l'admission de médecins du travail exerçant à temps partiel empêche de trouver autant de médecins à temps complet que le prescrivent les normes fixées par la recommandation de la C.E.E. et que d'autre part tous les travailleurs ont été assujettis au contrôle médical des entreprises. Si, en France, les médecins du travail à temps partiel pouvaient être amenés à exercer leur activité à temps complet, il serait possible à ce pays — le seul de la Communauté ! — de couvrir tous ses besoins.

c) Italie

97. D'après les données fournies par les calculs, l'Italie vient en deuxième position pour les possibilités d'assistance médicale dans les entreprises. Mais le fait que les besoins ne sont couverts qu'à 27 % à peine, montre qu'une législation s'impose, d'autant plus que l'Italie compte quelque 1,7 million de travailleurs agricoles dont les calculs de base ne tiennent pas compte.

98. Or, l'Italie dispose d'un excellent Institut national pour la prévention des accidents (Ente Nazionale per la prevenzione contro gli Infortuni — E.N.P.I.), qui, en tant qu'établissement de droit public, dépend du ministère du travail et de la sécurité sociale. Il s'occupe de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, en particulier de la pneumoconiose ainsi que des cardiopathies et des cancers professionnels ⁽¹⁾. Mais à la demande des entreprises il organise également des services médicaux et peut mettre à leur disposition plusieurs centaines de médecins. Ces services, dont le nombre était de 242 à la fin de 1964, emploient des infirmiers relevant de l'E.N.P.I. : le médecin du travail procède régulièrement aux examens d'embauchage et de contrôle ⁽²⁾. Les examens plus compliqués sont effectués dans les 41 instituts de médecine industrielle de l'E.N.P.I., répartis sur l'ensemble du pays. Il existe d'autre part trois services médicaux interindustries relevant de l'E.N.P.I., dont deux remontent à 1964 seulement : au service existant à Pomezia sont venus s'ajouter celui de Tivoli (41 firmes comprenant 1870 ouvriers) et celui de Forno Canavese/Piémont (44 entreprises affiliées et 1580 ouvriers).

Il s'agit naturellement de petites firmes et ce n'est là qu'un début timide, mais qui pourrait bien trouver un écho.

L'E.N.P.I. s'occupe également de la prévention des accidents et du contrôle des machines. C'est à ces divers titres qu'il participe aux travaux des différents comités consultatifs de la Commission de la C.E.E.

⁽¹⁾ Décret n° 52 - 1263 du 27 novembre 1952, article 2, alinéa a.

⁽²⁾ Ibidem, article 2, alinéa b, introduit par le décret n° 53 - 1086.

⁽³⁾ Ibidem, article 2, alinéa c.

⁽⁴⁾ Ibidem, article 3.

⁽¹⁾ Voir doc. V/3718/60 de la Commission de la C.E.E. p. 38-45.

⁽²⁾ L'attività dell'E.N.P.I. nel 1964 (rapport d'activité), p. 29-31.

99. Compte tenu de cet état de choses, il faudrait envisager l'intégration de cet institut, dont l'activité est si efficace, dans la future législation de l'Italie relative à l'aménagement de services médicaux dans les entreprises.

L'E.N.P.I. ne pourra se charger de l'organisation de services médicaux à la demande des entreprises que s'il dispose d'un nombre suffisant de médecins du travail. Or, il se pourrait qu'à un moment donné son contrôle puisse s'étendre à la majorité des travailleurs d'une branche déterminée de l'économie.

En outre, certaines grandes entreprises disposent de services médicaux excellents. Il existe également plusieurs services médicaux interentreprises de caractère privé.

S'il était possible, dans le cadre d'une législation, de faire de l'ensemble des 2.000 médecins du travail des médecins à temps complet, le bénéfice de la surveillance pourrait être étendu à 53 % au moins des travailleurs (secteur agricole excepté).

d) *Luxembourg*

100. Le Luxembourg vient en troisième position avec la possibilité d'assurer la protection médicale d'à peine 25 % des travailleurs.

Le « Premier rapport » donne des indications très précises sur les conditions dans lesquelles les médecins du travail exercent dans ce pays. Il en découle qu'il existe une différence entre les services médicaux des quelques grandes entreprises et ceux des autres établissements et qu'il y a un nombre relativement élevé de médecins du travail qui n'exercent pas encore en cette qualité.

Toujours est-il que ces 20 médecins n'exerçant pas encore — et qu'on ne peut considérer pour l'instant que comme des médecins du travail à temps partiel — pourraient, le cas échéant, se consacrer à la surveillance de 10.000 travailleurs.

Si, à la suite de l'adoption du projet de loi, l'organisation des services médicaux devient obligatoire, ces 20 médecins du travail pourront se consacrer à 60.000 travailleurs, à condition d'avoir la possibilité d'exercer à temps complet. En ajoutant à cela les services rendus par les quatre médecins d'entreprise exerçant déjà à temps complet, on obtient une possibilité de protection de plus de 73 % des travailleurs ; il suffirait alors de cinq ou six médecins d'entreprise supplémentaires pour assurer dans ce pays une protection à 100 %.

e) *Allemagne*

101. En Allemagne, 20 % à peine des besoins peuvent être couverts à l'heure actuelle. Il s'agit

là d'un facteur inquiétant pour un pays dont l'industrialisation est si poussée.

À la page 25 du « Premier rapport », on signale que, s'il est vrai que toutes les grandes entreprises sont assistées par des médecins du travail, le pourcentage des établissements disposant d'un service médical autonome diminue à mesure que diminue la taille des entreprises, si bien que 1/7 seulement de celles qui emploient 500 travailleurs est assisté par un médecin du travail.

102. Un recensement des emplois a révélé en 1961 que sur les quelque 22 millions de salariés 10 millions sont employés dans des entreprises ayant de 50 à 199 travailleurs et 7,65 millions seulement dans les entreprises ayant plus de 200 travailleurs.

L'application pleine et entière de la recommandation de la Commission de la C.E.E. ne permettrait de faire bénéficier qu'un tiers seulement de tous les travailleurs d'une assistance médicale, si l'organisation d'un service médical ne devenait obligatoire que pour les entreprises occupant au moins 200 travailleurs. L'Allemagne devra donc prendre en considération le plus vite possible le chiffre indicatif de 50 travailleurs, cité dans la recommandation.

103. Il est vrai que si tous les médecins d'entreprise actuellement disponibles exerçaient à temps complet, ils pourraient tout juste porter assistance à 1/3 des travailleurs, c'est-à-dire au tiers qui est occupé dans les entreprises de plus de 200 salariés. C'est pourquoi nous sommes quelque peu sceptiques à l'égard du projet de directive du ministère fédéral du travail qui expose au chiffre 11 que les entreprises de plus de 200 travailleurs pourraient se contenter de se faire assister par des médecins du travail exerçant à temps partiel, pourvu qu'ils consacrent un nombre approprié d'heures par semaine à ces entreprises.

104. Le nombre des médecins du travail n'a guère augmenté en Allemagne depuis la publication de la recommandation. Etant donné que les employeurs ne sont pas prêts — les chiffres avancés dans le « Premier rapport » le confirment — à prendre sur eux les frais d'organisation d'un service médical lorsque leur établissement n'atteint pas une certaine importance, les médecins et les étudiants ne se voient pas encouragés à pratiquer la médecine du travail.

f) *Belgique*

105. La législation belge est trop récente pour qu'on puisse tirer des conclusions définitives quant à son influence favorable sur l'activité des services de médecine du travail.

Selon les indications du « Premier rapport », l'ensemble des médecins du travail exerçant dans les entreprises ne pourrait assurer que 15 % de la protection nécessaire. Mais si les 300 médecins du travail à temps partiel exerçaient à temps complet, presque 42 % des besoins pourraient être couverts.

106. Le législateur belge a fait de la situation actuelle le point de départ de la réglementation législative et il s'est efforcé de la développer au fur et à mesure, en l'adaptant aux possibilités nouvelles. Sa tâche était plus facile que celle de la France autrefois, puisqu'il disposait déjà de l'exemple fourni par ce pays. La France avait introduit du jour au lendemain une réglementation législative.

107. Mais en la comparant au principe belge, nous ne devons pas commettre l'erreur de condamner la solution française comme étant trop perfectionniste. En établissant sa législation, chaque Etat membre doit tenir compte de l'état d'esprit qui prévaut chez lui. Pour ce qui est de la France, il ne faut pas oublier que les fondements de la réglementation remontent encore à l'occupation. Il s'agissait alors entre autres de fournir du travail aux médecins. Il faut dire enfin qu'immédiatement après la libération, au moment où il s'agissait de redonner vie à l'Etat en respectant la tradition républicaine et libérale, il était non seulement possible, mais absolument indispensable, de prendre des mesures législatives qui fussent catégoriques.

La France ne disposait d'aucun exemple à suivre. La recommandation 112 de l'O.I.T. n'existait pas encore, et a fortiori la recommandation de la Commission de la C.E.E. La tâche du premier législateur est toujours plus difficile que celle de tous ceux qui lui succèdent ou qui cherchent à l'imiter.

108. La Belgique, au contraire, pouvait bénéficier des expériences des autres. Elle s'est fondée sur l'effectif existant de médecins du travail, sur un bon système de formation de médecins du travail et sur l'existence d'importants services interentreprises formés par les établissements d'un même groupe industriel ou d'un même groupe financier. D'une façon générale, ceci est le cas pour toutes les entreprises sidérurgiques, les mines, les banques et les grandes compagnies d'assurances, c'est-à-dire aussi pour les entreprises importantes du secteur tertiaire⁽¹⁾. L'arrêté royal se réfère expressément à la recommandation de la Commission de la C.E.E. de 1962.

109. L'arrêté belge est particulièrement intéressant pour ce qui est du domaine de la C.E.E.A.

Il ne se réfère pas seulement à la loi du 29 mars 1958 relative à la protection de la population contre les dangers résultant des radiations ionisantes, mais expressément aussi aux articles 30 à 39 du traité instituant la C.E.E.A. et à la directive déjà mentionnée de la Commission de la C.E.E.A. du 2 février 1959, fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire. C'est en ce sens également que sont conçus les articles 132 à 135, qui renferment des dispositions particulières relatives à la surveillance médicale des travailleurs, que leurs occupations exposent à des radiations ionisantes.

110. La tendance du législateur à procéder progressivement ressort déjà du titre I, article 104 de l'arrêté, qui a été inséré comme chapitre III — « Dispositions relatives à la santé des travailleurs » — au titre II du règlement général pour la protection du travail, qui a déjà subi plusieurs modifications.

Il en résulte que ce n'est qu'à partir du 1^{er} juillet 1968 que les employeurs seront tenus d'organiser un service médical du travail ou d'adhérer à un service interentreprises. La période transitoire prévue couvre donc plus de trois ans.

C'est dans le même esprit qu'a été conçue la disposition selon laquelle, à partir du 1^{er} janvier 1972, c'est-à-dire après une période transitoire de 7 ans, tout médecin du travail devra être titulaire d'un diplôme en médecine du travail, à moins qu'il n'exerce depuis 3 ans au moins en qualité de médecin d'entreprise (article 116). Mais dès à présent l'autorité de contrôle doit accorder, dans les concessions, la priorité aux candidats porteurs d'un diplôme d'enseignement de médecine du travail (article 112, alinéa 5). Cette disposition incite à suivre un enseignement complémentaire en médecine du travail, mais elle crée en même temps la possibilité de former durant cette période de nouveaux médecins du travail.

g) Pays-Bas

111. Les services médicaux existant aux Pays-Bas permettent de couvrir à peine 7 % des besoins ; si tous les médecins d'entreprise exerçaient à temps complet, ce pourcentage atteindrait tout au plus 20 %. Il existe pourtant aux Pays-Bas une loi-cadre comportant un règlement d'application, et l'assistance médicale dans les entreprises, soumises au règlement d'application de 1961, est assurée de façon très sérieuse.

112. Ce faible degré d'assistance est dû sans aucun doute au fait qu'à peine 142 entreprises sont tenues par la loi d'organiser un service médical autonome ou d'adhérer à un service interentreprises. Nous avons une fois de plus

⁽¹⁾ Premier rapport, déjà cité, p. 25.

la preuve qu'il n'existe un nombre suffisant de médecins du travail pour toutes les entreprises que là où la loi l'exige. C'est le seul moyen de s'expliquer que, malgré les dispositions relatives à la spécialisation, pas plus de 14 médecins n'ont suivi ces cours en 1964 ⁽¹⁾. Ce chiffre est en régression par rapport aux années précédentes.

113. La situation actuelle ne permet pas aux Pays-Bas de créer du jour au lendemain un système d'assistance médicale suffisant pour toutes les entreprises. Il faut donc se féliciter de ce que les services publics et diverses entreprises industrielles, qui n'y sont pas obligés par la loi, disposent de services médicaux efficaces.

114. L'arrêté royal du 20 juillet 1961, qui soumet certaines entreprises à la loi du 19 février 1959, ne concerne — abstraction faite des dispositions particulières relatives à certaines entreprises — que ceux des établissements qui emploient au moins 750 travailleurs.

Cet arrêté est donc en contradiction flagrante avec la recommandation de la Commission de la C.E.E.

Il est à espérer que le nouveau projet de loi fera droit sur ce point également aux recommandations de la Commission, et qu'il portera sur toutes les entreprises de plus de 200 travailleurs en suivant, si possible, l'exemple belge de l'échelonnement dans le temps, afin de permettre avant tout de former dans les meilleurs délais le nombre nécessaire de médecins du travail.

h) Le problème des services interentreprises

115. A ce propos il est important d'étudier le problème des possibilités du « service médical interentreprises ».

Ainsi qu'on l'a déjà constaté, la France prévoit l'adhésion obligatoire à ces services pour les entreprises qui n'atteignent pas un degré minimum d'importance. Le « Premier rapport » en cite 670. Mais un service interentreprises ne peut pas employer plus de 5 médecins, à l'exception du département de la Seine, où le chiffre maximum a été fixé à 15 (Décret du 27 novembre 1952, article 9, dernier alinéa). Toute exception doit être agréée par le ministre du travail. Le législateur français veut donc en principe réserver le service interentreprises aux petits établissements.

L'exemple de l'E.N.P.I., qui n'en est qu'à ses débuts, attire l'attention sur l'existence en Italie de vastes services, qui ne se développent que lentement, il est vrai, pour de nombreuses petites

entreprises. A ce propos, il faudrait voir également si la législation belge (Arrêté royal du 16 avril 1965, articles 109 et 120) ne pourrait servir de modèle à la législation allemande dans ce domaine. Conformément au « Premier rapport », les Pays-Bas disposent de 22 de ces services comprenant en tout 53 membres. Cette structure est donc différente de celle de l'Italie, et mérite d'être prise en considération et d'être encouragée.

116. Pour l'Allemagne, on ne connaît guère qu'un seul exemple de constitution d'un service interentreprises. Il est cité dans le « Premier rapport ». Sur proposition de l'Association fédérale des employeurs de l'industrie métallurgique, 200 entreprises de Cologne et des environs ont été invitées à créer un service médical interentreprises. L'Association avait l'intention d'avancer les fonds nécessaires pour la réalisation de ce service. Mais il paraît que 25 entreprises seulement étaient prêtes à prendre les mesures nécessaires et 12 d'entre elles se sont désistées après avoir pris connaissance des coûts de cette opération (environ 40 à 50 DM par année et par travailleur).

La tentative de Cologne semble donc avoir échoué. Elle devait apporter la preuve que l'objectif de la recommandation de la C.E.E. pouvait également être atteint sur la base d'une décision prise en toute liberté. C'est la preuve du contraire qui a été faite : la constitution de services médicaux interentreprises — du moins en ce qui concerne l'Allemagne — n'est possible, apparemment, que sur la base d'une loi.

Comme le montrent ces expériences, l'idée suggérée au paragraphe 10 du projet de directive (non obligatoire) du ministère fédéral du travail, selon laquelle les entreprises de moins de 500 travailleurs devraient adhérer à un service interentreprises, se trouve encore loin d'être réalisée.

4. Formation et perfectionnement des médecins du travail

117. Le tableau synoptique de l'enseignement de la médecine du travail dans les Etats membres, adjoint en première annexe au « Premier rapport », offre de bonnes possibilités de comparaison en ce qui concerne la situation à la fin de la période de référence.

118. Notre propos n'est pas d'examiner si, sous tel ou tel rapport, des changements d'ordre secondaire se sont produits dans l'un ou l'autre Etat membre. Certes, çà et là, le nombre des chaires et des instituts a été augmenté et des cours extraordinaires ont été changés en chaires ordinaires. Mais les tendances fondamentales sont

⁽¹⁾ Premier rapport, déjà cité, p. 24.

demeurées inchangées partout où la médecine du travail dans l'entreprise ne fait pas l'objet d'une réglementation légale.

En effet, les études de médecin du travail n'offriront d'attrait que lorsque les intéressés auront des garanties suffisantes de pouvoir faire de la médecine du travail leur occupation principale.

119. Ceci n'enlève rien à la nécessité qu'il y a pour l'omnipraticien de posséder des connaissances en médecine du travail, car c'est chez lui que le médecin d'entreprise enverra en traitement les membres du personnel malades ou dont la santé serait mise en danger. C'est pourquoi il convient d'exiger de tout omnipraticien qu'il acquière des connaissances en médecine du travail, de préférence par des cours et des examens organisés dans le cadre de la formation générale. C'est d'ailleurs là une des conclusions auxquelles a abouti le colloque organisé par la Commission de la C.E.E. sur la médecine du travail.

120. A ce jour, les examens de médecine du travail ne sont obligatoires qu'en France et en Belgique, c'est-à-dire dans les pays dotés d'une réglementation légale officielle. Aux Pays-Bas, cet examen n'est obligatoire que pour les étudiants qui doivent subir une épreuve portant sur la médecine sociale et l'hygiène.

121. La fréquentation des cours de médecine du travail n'est obligatoire qu'en France et à l'université de Bruxelles en Belgique. Ce phénomène est en corrélation avec la réglementation légale sur l'organisation de la médecine du travail. L'organisation volontaire des services de la médecine du travail laisse à désirer dans les pays où elle n'est pas obligatoire ou dans la mesure où elle n'y est pas obligatoire. Comme, par conséquent, la demande de médecins du travail n'y est pas non plus très forte, la branche de la médecine du travail n'est que médiocrement fréquentée.

122. Un accroissement de la fréquentation des établissements de formation, accompagné d'une demande correspondante, ne se produira que lorsque l'instauration de la médecine du travail sera devenue obligatoire dans les pays qui ne la connaissent pas encore. Il en résultera un besoin en médecins d'entreprise qui ne pourra être comblé que progressivement. Citons, une fois de plus, l'exemple de la Belgique, où une réglementation par étapes tient compte de la durée des études.

123. Sans doute peut-on déjà s'attendre à cette autre difficulté : au moment où les activités de formation devront être renforcées, le personnel enseignant disponible sera insuffisant. C'est

pourquoi il faut dès à présent trouver des médecins du travail aptes et les préparer à une activité professorale ultérieure.

124. On en arrive ainsi au problème du perfectionnement professionnel et de l'adaptation aux progrès accomplis dans le domaine de la médecine du travail. Il faut reconnaître que, sous ce rapport, les trois exécutifs ont, chacun dans la mesure de ses possibilités propres en personnel et en matériel, réalisé beaucoup et continueront vraisemblablement à le faire. En effet, ce que recouvrent les étiquettes : « Echange d'expériences » ou « Colloque » n'est rien autre chose qu'un aspect de ce perfectionnement professionnel.

125. Dans la plupart des Etats membres, des mesures spéciales ont été prises afin de permettre aux médecins diplômés d'acquérir les connaissances de médecine du travail qui leur manquent. Nous avons déjà souligné l'importance de ces connaissances dans notre société industrielle moderne. La Belgique, la France, les Pays-Bas et l'Italie organisent des cours de perfectionnement de ce genre ; les cours de l'université de Nancy s'adressent également aux médecins du Luxembourg. L'Allemagne, en revanche, offre peu de possibilités de perfectionnement en dehors des branches spécialisées de la médecine du travail.

126. Il sera indispensable, plus tard, d'élaborer des normes communautaires concernant la formation et le perfectionnement des médecins d'entreprise. Ce ne sera toutefois possible que si la présente recommandation, relative à la médecine du travail dans l'entreprise, est plus ou moins suivie partout.

5. La garantie de l'indépendance des médecins du travail

127. Tour à tour, le Parlement européen, la Commission et les participants du colloque sur la médecine du travail ont souligné toute l'importance qu'il y avait à assurer l'indépendance du médecin du travail pour lui permettre d'accomplir sa tâche.

Cette indépendance du médecin du travail devrait aussi être considérée comme un moyen d'attirer les étudiants en médecine ; indépendamment de tous les autres facteurs, l'indépendance du médecin du travail doit être garantie pour assurer à cette profession un recrutement suffisant d'éléments capables.

128. Il est indiscutable qu'en l'absence de sécurité légale, le médecin d'entreprise dépend matériellement de son employeur. Conscient de ce fait, le travailleur ne pourra ni n'acceptera toujours d'accorder au médecin de l'entreprise la même

confiance qu'il pourrait le faire à un médecin auquel la loi assurerait une situation sûre et, partant, indépendante. Il y a là une carence que les qualités personnelles du médecin de l'entreprise ne suffisent pas toujours à compenser.

129. Lorsqu'il n'y a pas de réglementation législative, la tentation pour le médecin de l'entreprise de faire droit aux prétentions mêmes contraires aux conventions existantes, du travailleur ou de l'employeur, est beaucoup plus forte, ne fût-ce qu'en raison de l'insécurité de sa situation, que s'il se savait assuré par la loi d'une indépendance totale.

130. Dans les trois pays disposant d'une législation sur la médecine du travail, les mesures destinées à assurer l'indépendance des médecins du travail sont organisées de la manière suivante:

Les trois pays déterminent la forme écrite du contrat à passer entre l'employeur et le médecin de l'entreprise ;

dans les trois pays, l'indépendance technique du médecin du travail est garantie par la loi.

131. Le « Premier rapport » expose comment, en France, le service médical est placé sous le contrôle du comité d'entreprise, lequel a également pour tâche de donner son accord à la nomination et à la révocation du médecin de l'entreprise ; il doit aussi examiner, pour les soumettre ensuite à l'inspecteur du travail, les rapports semestriels que lui adressent le médecin et le chef de l'entreprise ⁽¹⁾. Dans les services interentreprises, c'est l'organisme de contrôle qui joue le rôle du comité d'entreprise (Décret du 27 novembre 1952, article 9).

En cas de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin-inspecteur du travail. C'est au Conseil supérieur de la médecine du travail et de la main-d'œuvre que revient la charge d'examiner tous les problèmes concernant l'application, le fonctionnement et le contrôle de la médecine du travail.

132. En Belgique, le Comité de sécurité et d'hygiène des lieux de travail de l'entreprise dispose d'un droit de regard dans les activités du service médical de l'entreprise. Deux fois par an, le médecin du travail de l'entreprise doit lui adresser un rapport et a aussi la possibilité de déplorer des carences ou de proposer des améliorations. Le médecin-inspecteur du travail peut, de plein droit, participer à ces réunions, y être entendu et obtenir toutes informations souhaitables.

Aux termes de l'article 114 de l'arrêté royal, les différends mettant en cause ce principe d'indépendance sont examinés par la Commission des médecins du travail. En revanche, les questions

portant sur la compétence professionnelle du médecin du travail sont tranchées par les seuls membres médecins de cette commission, qui, sur 17 membres, compte 8 médecins dont 6 sont particulièrement versés dans le domaine de la médecine du travail.

133. La législation néerlandaise prévoit également que tout différend entre médecin et employeur sera porté devant l'autorité désignatrice, appelée « Collège d'assistance et de conseil » ⁽¹⁾. Des 15 membres qui la composent, 8 sont médecins, dont 3 médecins du travail seulement. Dans ces deux Etats membres, l'inspecteur médical en chef de la santé publique ou son suppléant fait partie de ces commissions.

134. On constate ici que la législation récente a fait son profit des expériences acquises par l'ancienne en ce qui concerne la garantie de l'indépendance du médecin du travail : l'article 114 de l'arrêté royal belge représente la meilleure solution actuellement possible, d'autant plus qu'il stipule de manière expresse qu'en cas de différends, les arrêts seront communiqués par écrit aux parties intéressées, qui devront s'y conformer. En outre, les questions ressortissant purement à la médecine du travail seront tranchées par les seuls membres médecins du comité, parmi lesquels les « médecins particulièrement versés dans la médecine du travail » représentant la grande majorité.

135. Dans les trois autres Etats membres, aucune disposition ne garantit encore l'indépendance des médecins du travail. Au grand-duché de Luxembourg il faut attendre ce qu'apportera la loi actuellement en préparation. En Italie, il n'y a aucune réglementation à espérer.

136. En Allemagne, on pourrait éventuellement exploiter les dispositions du paragraphe 58 de la loi sur l'organisation des entreprises. Elles chargent le comité d'entreprise de participer à la lutte contre les risques pour la santé et, à cette fin, de soutenir par ses suggestions, ses conseils et ses informations les instances intéressées. Mais cette disposition pourrait exposer la médecine du travail à la tentation de s'appuyer sur le comité d'entreprise, ce qui en fin de compte n'est pas souhaitable pour son indépendance.

L'article 12 du projet allemand de directive, du 5 novembre 1965, stipule, il est vrai, que le médecin du travail sera engagé par la direction de l'entreprise après avis du comité d'entreprise, et que les mêmes dispositions doivent être observées pour son licenciement. Il faut de même dans les deux cas prendre l'avis des chambres des médecins du Land, celui du médecin-inspecteur lors de la création ou de la dissolution des

⁽¹⁾ Premier rapport, op. cit., pages 12, 13.

⁽¹⁾ Premier rapport, op. cit., page 17.

services de médecine du travail, mais un avis n'est pas un pouvoir de co-décision, sans compter que cette directive n'a qu'un caractère de recommandation non contraignante. De même, le libellé du paragraphe 14, aux termes duquel le médecin du travail ne serait responsable que devant sa conscience médicale, n'a qu'une valeur purement déclamatoire.

De sorte qu'en Allemagne aussi bien que dans les deux autres pays membres, la seule garantie de l'indépendance du médecin du travail est, dans l'état actuel des choses, le contrôle des services de la médecine du travail par le médecin-inspecteur. Mais il ne produit ses effets que dans la mesure où il peut s'exercer de manière effective et permanente.

6. Les médecins-inspecteurs du travail

137. Le « Premier rapport » fait observer que l'organisation moderne de la médecine du travail impose aux médecins-inspecteurs du travail des activités et des responsabilités toujours croissantes. Il reconnaît que le nombre des médecins-inspecteurs actuellement en service est assez limité et que les services devraient se développer selon les nécessités réelles ⁽¹⁾. Il y a à cela trois raisons :

138. Le budget de l'Etat ne prévoit pas de postes de médecins-inspecteurs en nombre suffisant. C'est aux organes législatifs qu'il appartient de remédier à cette situation. L'économie que l'on s'ingénie à réaliser d'une part risque bien d'être anéantie de l'autre par les subventions aux assurances sur l'invalidité ou aux établissements publics de soins. Cette attitude est donc contraire non seulement à la logique sociale, mais même à la logique économique.

139. Il n'est pas facile de trouver suffisamment de médecins disposés à exercer aux conditions qui leur sont offertes la profession de médecin-inspecteur du travail. Ce que nous avons dit précédemment vaut également ici. Un médecin-inspecteur du travail est tenu de satisfaire à des exigences considérables. Sa rétribution doit être à la mesure de sa qualification. Il convient ici de revaloriser la position des médecins-inspecteurs du travail dans la hiérarchie des fonctionnaires. C'est d'autant plus nécessaire que les études préparatoires à l'obtention du titre de médecin constituent la plus longue de toutes les formations universitaires.

140. L'excès de prestations administratives dont il est encombré empêche le médecin-inspecteur du travail de s'acquitter de ses tâches propres dans des délais convenables. C'est là une erreur

d'organisation. Hautement qualifié comme il l'est, un médecin-inspecteur du travail devrait être dispensé, dans la mesure du possible, de tâches administratives qui réclament une qualification moindre. Il devrait pouvoir disposer d'un personnel auxiliaire technique et administratif pour qu'il puisse se limiter, en matière administrative, à prononcer les décisions de principe et de dernière instance.

141. Il conviendrait d'examiner l'opportunité pour les exécutifs d'adresser ultérieurement une recommandation en ce sens aux Etats membres, après l'avoir soumise à un colloque d'inspecteurs médicaux en chef des différents Etats membres.

VI — Conclusions

1. Le type de lois qui s'imposent

142. La Belgique, la France et les Pays-Bas possèdent une organisation légale des services de la médecine du travail. Bien que différentes entre elles, ces trois lois sont conformes aux recommandations de l'O.I.T. et de la Commission. Cela est vrai aussi pour la loi néerlandaise quoique l'assujettissement des entreprises à la loi se fasse par voie d'arrêté royal. C'est ce point qui devrait être complété. En 1966 encore l'ensemble du système fera selon toute vraisemblance encore l'objet d'une réglementation légale. Le Luxembourg, lui aussi, promulguera prochainement une réglementation légale dont, pour l'instant, on sait seulement qu'elle tiendra compte de tous les desiderata exprimés dans la recommandation de la C.E.E.

L'Italie vient de rejeter le projet qui était en préparation depuis quinze ans et repart à zéro. Il est donc impossible de prévoir quand elle pourra instaurer une réglementation légale.

L'Allemagne ne souhaite pas, apparemment, de réglementation légale ou, en mettant les choses au mieux, hésite sur la manière de procéder. Le système de la convention volontaire suivi jusqu'ici s'est révélé impropre à l'usage. Il y a, en outre, le risque de voir naître une réglementation différente dans chacun des onze Länder au lieu d'une loi fédérale uniforme.

143. Plusieurs Etats membres n'ont pas encore mis en œuvre les principes formulés dans la recommandation de 1962.

C'est pourquoi il conviendrait de n'harmoniser les législations nationales que lorsqu'il existera partout une armature législative en la matière.

On ne saurait demander aux Etats membres qui sont déjà dotés d'une réglementation légis-

⁽¹⁾ Premier rapport, op. cit., pag 29.

lative en ce domaine de la modifier, aussi longtemps que d'autres grands Etats membres n'en ont encore aucune.

144. Dans ces conditions, la Commission de la C.E.E., ou l'institution qui lui succédera, devrait demander à l'Italie et à l'Allemagne, eu égard à leur retard sur les mesures prises par les autres Etats membres, de réglementer enfin cette matière dans des délais précis sur une base législative.

145. Il faudrait donc demander à ces deux Etats membres d'observer dès maintenant, dans l'élaboration de cette législation future, certains principes dont il y aurait lieu de toute manière de tenir compte lors de l'harmonisation ultérieure des six législations nationales. A cet effet, on pourrait retenir les moyens suivants :

- a) La loi doit recevoir la forme d'une loi-cadre. Les questions de détail pourront être réglées par la voie de conventions collectives entre les partenaires sociaux et les associations professionnelles des médecins du travail.
- b) Les petites entreprises sont obligées par la loi de s'affilier à un service interentreprises, les grandes entreprises ayant à entretenir un service médical propre.
- c) L'application des conventions collectives existantes peut être déclarée obligatoire par voie de règlement pour certains groupes de branches d'activité, dès qu'un certain pourcentage de tous les travailleurs de cette branche, que la loi fixera, est occupé dans des entreprises qui possèdent un service médical propre ou sont affiliées à un service interentreprises.
- d) L'obligation pour les entreprises d'organiser des services médicaux du travail ou de s'affilier à des services interentreprises et celle, pour les médecins du travail, de fournir la preuve qu'ils ont satisfait à un examen spécial portant sur la médecine du travail, ne devrait pas prendre cours le jour de l'entrée en vigueur de la loi, mais être instaurée progressivement par l'aménagement de délais successifs.
- e) Les dispositions destinées à garantir l'indépendance du médecin du travail devront prévoir un comité de surveillance et d'arbitrage inspiré du modèle belge ou néerlandais.

146. En outre il serait souhaitable :

- a) en ce qui concerne l'Italie :
d'intégrer dans la future législation relative à la médecine du travail dans l'entreprise le système des services médicaux d'entreprise de l'Institut national pour la prévention des accidents (E.N.P.I.) car il a fait ses preuves et est susceptible d'extension.
- b) en ce qui concerne l'Allemagne :
Les parties suivantes du projet de directive

du 5 novembre 1965 pourraient être reprises intégralement dans une loi éventuelle : titre II (médecine du travail), titre III (tâches du médecin du travail), titre VI (dépenses du service médical d'entreprise) et titre VII (perfectionnement du médecin du travail).

Du reste du contenu, les paragraphes 1 (définition des services de la médecine de l'entreprise) et 3 (forme de l'organisation, lorsqu'il y a plusieurs médecins du travail occupés à temps plein) du titre premier ainsi que le paragraphe 10 (obligation pour les entreprises qui occupent moins de 500 personnes de s'affilier à un service médical interentreprises) du titre six pourraient fournir le texte d'une réglementation légale.

2. *L'attitude des exécutifs à l'égard de la fusion*

147. Dans le courant de cette année, les trois exécutifs européens seront réunis en une seule Commission. Puis viendra, au cours des années suivantes, la fusion des traités. En ce qui concerne le problème qui nous occupe, se seront là deux sources de possibilités nouvelles, mais aussi de dangers.

148. Ces deux aspects ont été examinés par M. Pêtre dans son rapport sur les répercussions de la fusion des exécutifs sur les problèmes de la sécurité, de l'hygiène du travail et de la protection sanitaire dans le cadre des Communautés européennes ⁽¹⁾.

Au paragraphe 31, M. Pêtre souligne expressément le fait que la Haute Commission devra détenir suffisamment de pouvoirs pour préparer une politique harmonieuse dans ces domaines et qu'il faudra lui procurer les moyens qui lui permettront de s'engager plus avant dans cette voie.

Autrement dit, de plus grands progrès supposent en l'occurrence un renforcement du personnel et des moyens financiers.

149. Dans le domaine de la médecine du travail, la Commission de la C.E.E. ne dispose que d'un seul collaborateur médecin. La Haute Autorité est mieux pourvue : la section de médecine du travail est dirigée par un médecin et comporte deux autres médecins ainsi qu'un fonctionnaire de la carrière A chargé des problèmes de psychologie du travail. La direction de la protection sanitaire de la Commission de la C.E.E.A. compte, outre le directeur, trois collaborateurs médecins. Il faut y ajouter quelques techniciens, ingénieurs et juristes chargés des questions d'hygiène du travail et des problèmes particuliers de caractère juridique ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Doc. 13/1965-1966.

⁽²⁾ On ne peut ici prendre en considération le service médical propre de la C.E.E.A.

Ce n'est qu'au prix de tous leurs efforts que ces fonctionnaires viennent, dans les meilleurs des cas, à bout de leur travail.

150. Au paragraphe 43 de son rapport, M. Pêtre exprime le souhait de la commission de la protection sanitaire que l'ensemble des secteurs qui relèvent de sa compétence soit regroupé en une seule direction générale et confié à un seul membre de la Haute Commission. La dénomination proposée de « protection sanitaire, sécurité et hygiène du travail » suggère par elle-même la nécessité d'une subdivision en trois directions. L'importance du règlement au plan communautaire des problèmes de médecine du travail est suffisante, à notre avis, pour justifier l'élévation de la médecine du travail au rang d'une direction autonome, dénommée « protection sanitaire » et distincte à la fois de la sécurité et de l'hygiène du travail. Ce dernier secteur représente l'ensemble des mesures destinées à combattre les facteurs ambiants nocifs, tandis que la protection sanitaire doit assurer l'intégrité physique de l'homme au travail.

151. En ce qui concerne enfin la fusion future des exécutifs, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reprendre également dans le domaine de la médecine du travail les exigences formulées par M. Pêtre.

Ce sont les compétences les plus larges accordées à l'une des trois communautés en matière de protection sanitaire qui doivent être étendues à tous les secteurs d'activité, avec cette réserve que, bien que reprises intégralement dans le nouveau traité, les prescriptions du traité d'Euratom sur la protection contre les radiations, de même que ses dispositions concernant le contrôle médical des travailleurs, ne devront pas être rendues applicables aux travailleurs des autres secteurs, parce qu'elles ne s'imposent pas dans les industries traditionnelles ⁽¹⁾.

3. Autres tâches du Parlement européen

152. Le Parlement européen devrait, face à la situation existante et sans préjudice de la pro-

position de résolution jointe à ce rapport, examiner régulièrement si les budgets futurs des exécutifs prévoient des postes et des moyens suffisants pour remédier efficacement aux carences constatées dans le domaine des services médicaux du travail des Etats membres. Il devrait en outre inviter les exécutifs à abandonner toute réserve quand il y va d'impératifs de ce genre, qui, après tout, concernent le bien le plus précieux du travailleur : sa santé.

153. Les membres du Parlement devraient aussi se rappeler l'exhortation faite par M. Nederhorst dans son rapport sur l'application des dispositions sociales prévues à l'article 118 du traité instituant la C.E.E. :

« Il serait très utile, par exemple, de prendre systématiquement, dans tous les Parlements nationaux, des initiatives visant à forcer les gouvernements à suivre les recommandations de la Commission de la C.E.E. » ⁽¹⁾

Ce qui signifie, dans la pratique, que les députés des Etats membres dans lesquels la médecine du travail n'est pas établie sur une base législative, devraient interroger à ce sujet, au sein des Parlements nationaux, le ministre compétent et le prier d'élaborer un projet de loi en ce sens.

154. La commission de la protection sanitaire du Parlement européen est disposée, suivant en cela une suggestion de M. Nederhorst ⁽²⁾, à examiner s'il ne lui serait pas possible, pour autant que des députés intéressés en fassent la demande et après une préparation suffisante, de soutenir des démarches de ce genre en organisant des réunions communes avec les commissions compétentes des Parlements nationaux.

155. En conclusion des constatations et des considérations exposées dans ce rapport, votre commission demande au Parlement européen d'adopter la proposition de résolution suivante :

Proposition de résolution

concernant la médecine du travail dans les entreprises des trois Communautés

Le Parlement européen,

— ayant pris connaissance du rapport de sa commission de la protection sanitaire sur la médecine du travail dans les entreprises des trois Communautés (doc. 73),

1. rappelle ses résolutions :

⁽¹⁾ René Pêtre, doc. 13, 1965-66, paragraphe 46.

⁽²⁾ G.M. Nederhorst, doc. 60, 1965-66, paragraphe 39.

⁽²⁾ G.M. Nederhorst, doc. cit., paragraphe 40.

- du 11 mai 1962 sur un projet de recommandation de la Commission de la C.E.E. aux gouvernements des Etats membres relative à la médecine du travail dans les entreprises ⁽¹⁾,
- du 12 mai 1965 sur les répercussions de la fusion des exécutifs sur les problèmes de la sécurité, de l'hygiène du travail et de la protection sanitaire dans le cadre des Communautés européennes ⁽²⁾ et
- du 16 juin 1965 sur un projet de recommandation de la Commission de la C.E.E. aux Etats membres concernant la surveillance médicale des travailleurs exposés à des risques particuliers ⁽³⁾ ;

2. constate que la recommandation de la Commission de la C.E.E. concernant la médecine du travail dans les entreprises n'a pas encore été suivie par tous les Etats membres, et que les disponibilités en personnel et en matériel dont dispose la Commission de la C.E.E. pour la mise en œuvre des mesures requises sont loin d'être suffisantes ;

3. demande, par conséquent, à la Commission de la C.E.E. d'insister une fois de plus auprès des Etats membres qui sont en retard en cette matière, pour qu'ils prennent des mesures législatives dans le sens de sa recommandation ;

4. demande à la Commission de la C.E.E., la Commission de la C.E.E.A. et la Haute Autorité de la C.E.C.A., de prendre toutes mesures utiles pour que, dans le futur exécutif fusionné, la protection sanitaire ait une place qui soit à la mesure de l'importance qu'elle revêt pour la santé de l'homme au travail ;

5. invite, par conséquent, les Conseils des Communautés à tenir pleinement compte de tous les états prévisionnels établis à cet effet ;

6. charge son président de transmettre aux Conseils des trois Communautés, à la Commission de la C.E.E., à la Commission de la C.E.E.A. et à la Haute Autorité de la C.E.C.A., la présente résolution ainsi que le rapport élaboré par sa commission de la protection sanitaire (doc. 73).

ANNEXE AU PARAGRAPHE 92

Possibilités d'assistance médicale dans les Etats membres

Etat membre	Travailleurs pouvant être soignés		Total	Nombre de travailleurs ⁽¹⁾ (compte non tenu des travailleurs agricoles et forestiers et des pêcheurs)	Pourcentage total des travailleurs dont l'assistance médicale	
	par des médecins du travail à temps complet (1 médecin = 3000 travailleurs)	par des médecins du travail à temps partiel (1 médecin = 500 travailleurs)			est possible maintenant	serait possible si tous les médecins du travail étaient occupés à temps complet
Allemagne	2.241.000	1.451.000	3.872.000	19.533.000	19,82	34,5
Belgique	240.000	150.000	390.000	2.733.000	14,27	41,7
France	5.187.000	1.283.000	6.470.000	12.742.000 ⁽²⁾	50,78	101,1
Italie	2.400.000	600.000	3.000.000	10.814.000	27,74	53,0
Luxembourg	12.000	10.000	23.000	98.200	23,42	73,3
Pays-Bas	219.000	10.000	229.000	3.294.000	6,95	18,5

⁽¹⁾ Source : Statistiques de la Communauté (1964), tableau n° 9, chiffres pour 1963 (Pays-Bas : 1961).

⁽²⁾ Compte non tenu des travailleurs employés dans les mines, dont les médecins n'ont pas non plus été repris dans les chiffres relatifs aux médecins du travail.

⁽¹⁾ J.O. n° 40 du 26 mai 1962, p. 1262/62.

⁽²⁾ J.O. n° 96 du 2 juin 1965 p. 1689/65.

⁽³⁾ J.O. n° 119 du 3 juillet 1965 p. 2030/65.